



Indicateurs de vulnérabilité associés
à la survenue des traumatismes
non intentionnels dans une communauté

[vivre en sécurité › se donner les moyens]

vol. 14



Indicateurs de vulnérabilité associés
à la survenue des traumatismes
non intentionnels dans une communauté

[vivre en sécurité > se donner les moyens]
vol. 14

AUTEURS

Dave Poitras,
conseiller scientifique spécialisé

Dominique Gagné,
conseillère scientifique

Pierre Maurice,
médecin-conseil
Direction du développement des individus et des communautés

SOUS LA COORDINATION SCIENTIFIQUE DE

Dominique Gagné
Direction du développement des individus et des communautés

MISE EN PAGES

Grille typographique et mise en page
N Pixel

CONCEPTION GRAPHIQUE DE LA PAGE COUVERTURE

Lucie Chagnon

RÉVISION DOCUMENTAIRE

Sophie Michel
Direction du développement des individus et des communautés

Ce document a été réalisé grâce à une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) au www.inspq.qc.ca.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 2^e trimestre 2021
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-88751-5 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2021)

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier les réviseurs externes et les relecteurs ayant accepté de partager leur temps et leur expertise avec l'équipe de projet afin de réviser les différentes versions du document. Les réviseurs et les relecteurs ont été conviés à commenter la version préfinale de ce document. En conséquence, ils n'ont pas révisé le contenu final.

Réviseurs

- Mathieu Gagné,
conseiller scientifique
Bureau d'information et d'études en santé des populations
- Michel Lavoie,
médecin-conseil
- Éric Robitaille,
conseiller scientifique spécialisé
Direction du développement des individus et des communautés

Relecteurs

- Jean-Sébastien Boucher,
conseiller à la promotion des saines habitudes de vie
- Hélène Gagnon,
directrice par intérim
Direction de la promotion des saines habitudes de vie
Ministère de la Santé et des Services sociaux
- Julie Laforest,
conseillère scientifique
- Johanne Laguë,
adjointe à la programmation scientifique et à la qualité
- Thomas Paccalet,
chef d'unité scientifique
Direction du développement des individus et des communautés

Les auteurs souhaitent également souligner la contribution de Mathieu Gagné, conseiller scientifique à l'Institut national de santé publique du Québec, dans la rédaction de la section *Définitions des termes statistiques* et tiennent à remercier Roxanne Lépine, bibliothécaire à l'Institut national de santé publique du Québec, pour son soutien lors du processus de recherche documentaire.

Collection [vivre en sécurité > se donner les moyens]

Veillez prendre note que la liste des volumes de la collection [Vivre en sécurité, se donner les moyens] présentée dans les volumes 6, 10, 11, 12 et 13 publiés avant 2011 diffère de la présente liste.

VOLUME 1

Renée Levaque, Laurence Le Hénaff et Pierre Maurice. *Formation pour l'amélioration de la sécurité et la prévention de la criminalité à l'intention des collectivités locales*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2006.

VOLUME 2

Josephina Alvarez. *Réalisation d'un diagnostic de sécurité. Trousse à l'intention des collectivités locales – Les diagnostics locaux de sécurité: une étude comparée pour mieux comprendre et mieux agir*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2006.

VOLUME 3

Julie Laforest. *Indicateurs de vulnérabilité associés à la sécurité d'un territoire*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2007.

VOLUME 4

Dominique Gagné, Julie Laforest et Pierre Maurice. *Guide d'analyse de la violence conjugale sur un territoire – 2^e édition*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2017.

VOLUME 5

Louise Marie Bouchard, Monique Rainville, Pierre Maurice et Dominique Gagné. *Enquête sur la sécurité des personnes et la victimation dans les milieux de vie – Questionnaire et mode d'emploi incluant un outil informatique pour faciliter la saisie, le traitement et l'analyse des données*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015.

VOLUME 6

Louise Marie Bouchard, Pierre Maurice et Monique Rainville. *Trousse diagnostique de sécurité à l'intention des collectivités locales – Manuel pour accompagner le processus et déterminer le diagnostic de sécurité*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2011.

VOLUME 7

Louise Marie Bouchard, Pierre Maurice, Daniel Rochette et Robert Lavertue. *Trousse diagnostique de sécurité à l'intention des collectivités locales – Guide de réalisation du portrait général du milieu*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2011.

VOLUME 8

Louise Motard. *Trousse diagnostique de sécurité à l'intention des collectivités locales – Guide sur l'analyse de la criminalité à partir des statistiques officielles – 2^e édition*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2011.

VOLUME 9

Catherine Goulet-Cloutier, Louise Marie Bouchard et Pierre Maurice. *Trousse diagnostique de sécurité à l'intention des collectivités locales – Guide de réalisation d'une enquête sur la sécurité des personnes d'un milieu de vie*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2011.

VOLUME 10

Monique Rainville, Louise Marie Bouchard et Pierre Maurice. *Trousse diagnostique de sécurité à l'intention des collectivités locales – Guide d'organisation d'un forum de discussion – 2^e édition*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2011.

VOLUME 11

Julie Laforest, Louise Marie Bouchard et Pierre Maurice. *Trousse diagnostique de sécurité à l'intention des collectivités locales – Guide d'organisation d'entretiens semi-dirigés avec des informateurs clés – 2^e édition*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2011.

VOLUME 12

Louise Marie Bouchard, Pierre Maurice et Monique Rainville. *Trousse diagnostique de sécurité à l'intention des collectivités locales – Guide d'observation directe d'un milieu au regard de sa sécurité – 2^e édition*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2011.

VOLUME 13

Julie Laforest, Louise Marie Bouchard et Pierre Maurice. *Passer d'un diagnostic de sécurité à un plan d'action : un guide à l'intention des collectivités locales*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2010.

VOLUME 14

Dave Poitras, Dominique Gagné et Pierre Maurice. *Indicateurs de vulnérabilité associés à la survenue des traumatismes non intentionnels dans une communauté*, Institut national de santé publique du Québec, 2021.

VOLUME 15

Dave Poitras, Louise Marie Bouchard, Pierre Maurice et Dominique Gagné. *La cohésion sociale comme condition essentielle à la sécurité : Définition, composantes et indicateurs*, Institut national de santé publique du Québec, 2019.

Présentation de la collection

La collection *Vivre en sécurité, se donner les moyens* regroupe différents outils visant à soutenir une démarche structurée de planification des actions afin de maintenir ou d'améliorer la sécurité dans une communauté. Les différents outils ont été développés pour répondre à l'ensemble des préoccupations potentielles d'une communauté au regard de la sécurité, telles que la violence, la criminalité, le désordre et les incivilités, les traumatismes non intentionnels, la perception de la sécurité et le sentiment de sécurité.

La collection s'adresse à toute personne ou à tout groupe de personnes interpellés d'une manière ou d'une autre par un problème précis de sécurité ou par la sécurité globale d'une communauté dans le cadre d'activités professionnelles ou à titre de citoyen. Il peut s'agir par exemple d'un directeur d'école, d'une conseillère municipale, d'un service de police, d'un responsable d'un centre sportif, d'une organisation communautaire ou d'un comité de citoyens.

La collection comprend notamment la *Trousse diagnostique de sécurité à l'intention des collectivités locales* qui est composée du *Manuel pour accompagner le processus et déterminer le diagnostic de sécurité* et de six guides méthodologiques. En plus d'être utiles pour la réalisation du diagnostic de sécurité, ces documents sont complémentaires aux autres volumes de la collection pour soutenir la réalisation d'une ou de plusieurs étapes de la démarche de planification des actions.

LA DÉMARCHE DE PLANIFICATION DES ACTIONS POUR MAINTENIR OU AMÉLIORER LA SÉCURITÉ

La démarche de planification des actions permettant de maintenir ou d'améliorer la sécurité d'une communauté comporte quatre étapes, soit la mobilisation du milieu, la réalisation du diagnostic de sécurité, la compréhension des problèmes et la planification des actions. Cette démarche peut être réalisée selon deux perspectivesⁱ. La première perspective est axée sur un problème précis et consiste essentiellement en une recherche de solutions spécifiques pour un problème de sécurité donné (ex. : suicides, traumatismes sur le réseau routier, chutes, violence conjugale). La deuxième perspective est axée sur la sécurité globale. Elle consiste en une recherche de moyens pour maintenir ou améliorer la sécurité d'une communauté en s'adressant non pas à un problème précis, mais à un ensemble de problèmes de sécurité pouvant être présents dans une communauté.

i. La démarche de planification des actions pour maintenir ou améliorer la sécurité est présentée sur le site Web de l'INSPQ à l'adresse suivante : <https://www.inspq.qc.ca>.

LES DIFFÉRENTES DIMENSIONS DE LA SÉCURITÉ

Une communauté en sécurité est une communauté où l'on observe peu de criminalité et de violence, peu de blessures, peu d'accidents, peu de suicides, où les conséquences pouvant être associées à ces différentes problématiques sont réduites au minimum et au sein de laquelle les individus qui la composent ont le sentiment d'être en sécurité.

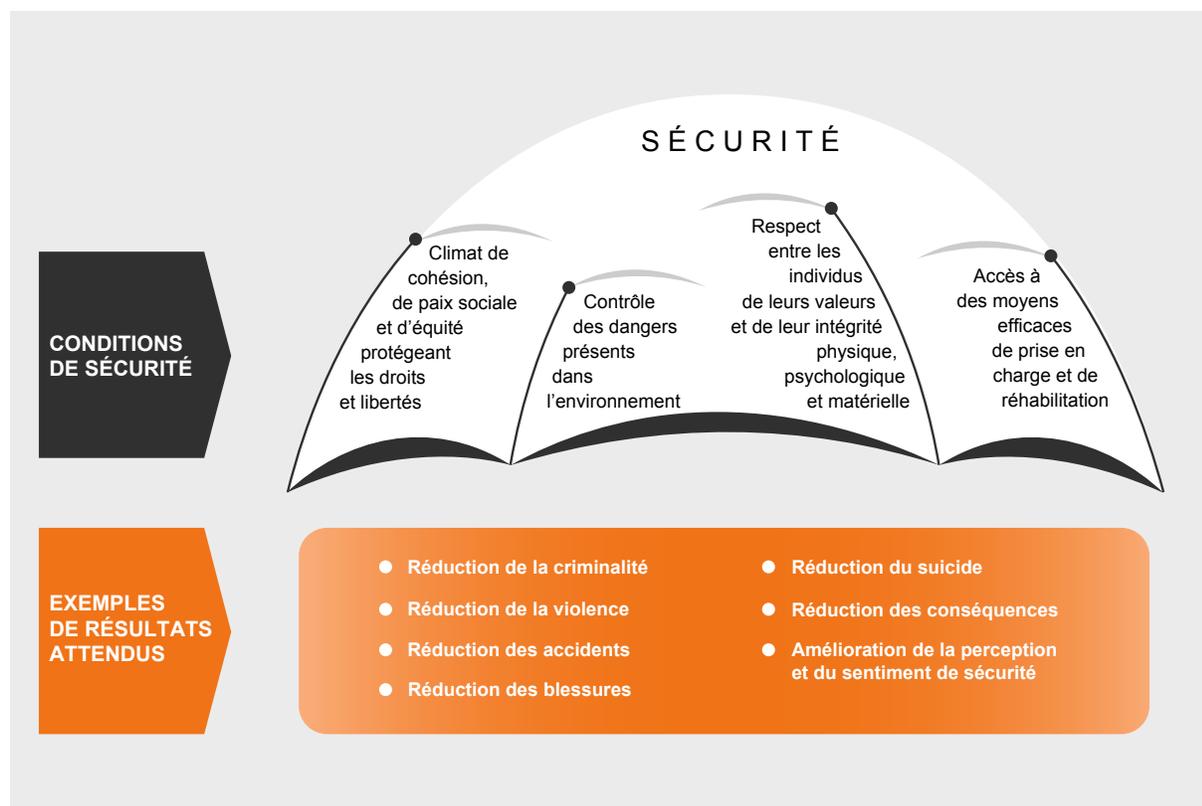
Pour atteindre ces résultats de santé et de bien-être, certaines conditions doivent être mises en place par les individus, les communautés, les gouvernements et les différents intervenants impliqués.

La figure ci-dessous illustre les différentes dimensions favorisant l'atteinte d'un niveau optimal de sécurité.

La collection prend appui sur la définition suivante de la sécurité :

« La sécurité est un état où les dangers et les conditions pouvant provoquer des dommages d'ordre physique, psychologique ou matériel sont contrôlés de manière à préserver la santé et le bien-être des individus et de la communauté »⁽¹⁾.

Modèle intégrant les différentes dimensions de la sécurité



À propos de ce volume

Dans le but de soutenir la réalisation de la démarche structurée de planification des actions visant le maintien ou l'amélioration de la sécurité proposée dans cette collection, il est apparu important d'outiller les communautés pour qu'elles puissent prendre en compte l'ensemble des problèmes de sécurité pouvant survenir.

Plusieurs caractéristiques susceptibles d'influencer la sécurité d'une communauté sont connues et largement documentées. Le volume 3 de la présente collection décrit d'ailleurs plusieurs indicateurs de vulnérabilité d'un territoire au regard de la criminalité, du sentiment de sécurité et des désordres et incivilitésⁱⁱ. Afin de compléter ce volume, il est apparu important de documenter les caractéristiques pouvant rendre une communauté ou les individus qui y vivent plus ou moins vulnérables à différents types de traumatismes non intentionnels. Le présent volume s'adresse donc à toute personne ou organisation désireuse de connaître les caractéristiques socioéconomiques ou démographiques pouvant fragiliser ou protéger une communauté au regard des traumatismes non intentionnels.

Dans le cadre de la réalisation de la démarche de planification des actions proposée dans cette collection, ce volume sera utile lors de la réalisation du portrait du milieu. À partir des faits saillants découlant de ce portraitⁱⁱⁱ, les indicateurs documentés dans ce volume seront utiles pour déterminer les caractéristiques sociales et physiques pouvant influencer la sécurité d'une communauté donnée au regard des traumatismes non intentionnels. Cela sera par la suite utile pour mieux comprendre les problèmes de sécurité et déterminer le choix des actions à mettre en place.

Qu'est-ce qu'un traumatisme non intentionnel ?

Les traumatismes sont définis comme des lésions corporelles résultant d'un transfert subit d'énergie qui dépasse les capacités de résistance du corps humain^(2,3). L'énergie transférée est le plus souvent de nature mécanique (ex. : fracture), mais peut également être de nature thermique (ex. : brûlure), électrique (ex. : électrocution), chimique (ex. : intoxication) ou radiante (ex. : coup de soleil). Les traumatismes peuvent aussi être le résultat d'une privation subite d'énergie ou d'un élément vital (ex. : suffocation, engelure, noyade). Alors que les traumatismes intentionnels font référence à des actes de violence contre soi-même ou contre autrui, les traumatismes non intentionnels sont le résultat d'événements involontaires, tels qu'une chute, un incendie ou une collision impliquant un véhicule motorisé.

ii. Le document *Indicateurs de vulnérabilité associés à la sécurité d'un territoire* est disponible sur le site Web de l'INSPQ à l'adresse suivante : <https://www.inspq.qc.ca>.

iii. La manière de procéder pour faire ressortir les caractéristiques sociales et physiques pouvant influencer la sécurité d'une communauté est décrite dans le document *Guide de réalisation du portrait du milieu* pouvant être consulté sur le site Web de l'INSPQ à l'adresse suivante : <https://www.inspq.qc.ca>.

Table des matières

Liste des tableaux	XIII
Liste des acronymes et des abréviations statistiques	XVII
INTRODUCTION	1
MÉTHODOLOGIE	3
PRÉSENTATION DU CONTENU DES FICHES	7
RÉSUMÉ DES ASSOCIATIONS ENTRE LES INDICATEURS SOCIOÉCONOMIQUES ET DÉMOGRAPHIQUES ET LES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS	11

SECTION 1

INDICATEURS TERRITORIAUX

FICHE 1

LA POSITION D'UNE COMMUNAUTÉ DANS LE CONTINUUM RURAL-URBAIN	15
Pour en savoir plus sur le continuum rural-urbain	16
Résultats portant sur des ensembles de traumatismes non intentionnels toutes causes confondues	18
Résultats portant sur les traumatismes non intentionnels selon une cause particulière	21
<i>Traumatismes routiers</i>	21
<i>Noyades</i>	23
<i>Intoxications involontaires</i>	24
<i>Traumatismes attribuables aux chutes</i>	25
<i>Traumatismes associés au feu, aux brûlures ou à la fumée</i>	25

FICHE 2

LA DÉFAVORISATION MATÉRIELLE D'UN QUARTIER	27
Pour en savoir plus sur la défavorisation matérielle d'un quartier	28
Résultats portant sur des ensembles de traumatismes non intentionnels toutes causes confondues	30
Résultats portant sur les traumatismes non intentionnels selon une cause particulière	32
<i>Traumatismes routiers</i>	32
<i>Noyades</i>	35
<i>Intoxications involontaires</i>	36
<i>Traumatismes attribuables aux chutes</i>	39
<i>Traumatismes associés au feu, aux brûlures ou à la fumée</i>	40

SECTION 2

INDICATEURS INDIVIDUELS

FICHE 3

LE REVENU	43
Pour en savoir plus sur le revenu	44
Résultats portant sur des ensembles de traumatismes non intentionnels toutes causes confondues	45

Résultats portant sur les traumatismes non intentionnels selon une cause particulière	46
<i>Traumatismes routiers</i>	46
<i>Noyades</i>	47
<i>Intoxications involontaires</i>	47
<i>Traumatismes attribuables aux chutes</i>	48
<i>Traumatismes associés au feu, aux brûlures ou à la fumée</i>	48
FICHE 4	
LE STATUT D'EMPLOI ET L'OCCUPATION	49
Pour en savoir plus sur le statut d'emploi et l'occupation	50
Résultats portant sur des ensembles de traumatismes non intentionnels toutes causes confondues	51
Résultats portant sur les traumatismes non intentionnels selon une cause particulière	54
<i>Traumatismes routiers</i>	54
<i>Noyades</i>	55
<i>Intoxications involontaires</i>	56
<i>Traumatismes attribuables aux chutes</i>	56
<i>Traumatismes associés au feu, aux brûlures ou à la fumée</i>	57
FICHE 5	
LA SCOLARITÉ	59
Pour en savoir plus sur la scolarité	60
Résultats portant sur des ensembles de traumatismes non intentionnels toutes causes confondues	61
Résultats portant sur les traumatismes non intentionnels selon une cause particulière	64
<i>Traumatismes routiers</i>	64
<i>Noyades</i>	66
<i>Intoxications involontaires</i>	66
<i>Traumatismes attribuables aux chutes</i>	67
<i>Traumatismes associés au feu, aux brûlures ou à la fumée</i>	68
FICHE 6	
L'ÉTAT MATRIMONIAL ET LA COMPOSITION DES MÉNAGES	69
Pour en savoir plus sur l'état matrimonial et la composition des ménages	70
Résultats portant sur des ensembles de traumatismes non intentionnels toutes causes confondues	71
Résultats portant sur les traumatismes non intentionnels selon une cause particulière	73
<i>Traumatismes routiers</i>	73
<i>Noyades</i>	75
<i>Intoxications involontaires</i>	75
<i>Traumatismes attribuables aux chutes</i>	77
<i>Traumatismes associés au feu, aux brûlures ou à la fumée</i>	78
Conclusion	81
Références	83
ANNEXE 1 – Bases de données et mots clés utilisés	87
ANNEXE 2 – Outils et codes utilisés pour classifier les traumatismes non intentionnels	91

Liste des tableaux

Tableau 1	Catégories pour classer les communautés en fonction du continuum rural-urbain selon les études répertoriées	16
Tableau 2	Description des études répertoriées examinant le lien entre la position d'une communauté dans le continuum rural-urbain et la survenue de traumatismes non intentionnels	17
Tableau 3	Association entre les zones du continuum rural-urbain et les taux/risques de décès par traumatismes non intentionnels chez les adultes canadiens, 1991-2001	18
Tableau 4	Association entre les zones du continuum rural-urbain et les taux/risques de décès par traumatismes non intentionnels chez les Étatsuniens, 1999-2012	19
Tableau 5	Association entre les zones du continuum rural-urbain et les taux/risques d'hospitalisation par traumatismes non intentionnels chez les Étatsuniens, 2004	19
Tableau 6	Association entre les zones du continuum rural-urbain et les risques de décès par traumatismes non intentionnels chez les enfants coréens de 8 ans et moins, 1995-2004	20
Tableau 7	Association entre les zones du continuum rural-urbain et les risques de décès par traumatismes routiers chez les adultes canadiens, 1991-2001	21
Tableau 8	Association entre les zones du continuum rural-urbain et les risques de décès par traumatismes routiers chez les Étatsuniens, 1999-2012	22
Tableau 9	Association entre les zones du continuum rural-urbain et le taux de décès par traumatismes routiers chez les enfants passagers de 14 ans et moins, 2001-2012	22
Tableau 10	Association entre les zones du continuum rural-urbain et les risques de décès par noyade chez les adultes canadiens, 1991-2001	23
Tableau 11	Association entre les zones du continuum rural-urbain et les risques de décès par noyade chez les Étatsuniens, 1999-2012	24
Tableau 12	Association entre les zones du continuum rural-urbain et les risques de décès par un traumatisme associé au feu ou aux brûlures chez les adultes canadiens, 1991-2001	26
Tableau 13	Association entre les zones du continuum rural-urbain et le risque de décès par un traumatisme associé au feu ou à la fumée chez les Étatsuniens, 1999-2012	26
Tableau 14	Catégories de mesure de la défavorisation matérielle selon les études répertoriées	28
Tableau 15	Description des études répertoriées examinant le lien entre la défavorisation matérielle et la survenue de traumatismes non intentionnels	29
Tableau 16	Association entre les zones de défavorisation socioéconomique et les taux/risques de décès par traumatismes non intentionnels chez les adultes canadiens, 1991-2001	30
Tableau 17	Association entre la proportion de pauvreté par comté et les taux/risques de décès par traumatismes non intentionnels chez les Étatsuniens, 1999-2012 ...	31
Tableau 18	Association entre la défavorisation matérielle et les risques de consultation aux urgences en raison d'un traumatisme non intentionnel à Oxford, 2012-2014	31

Tableau 19	Association entre la défavorisation matérielle et les taux/risques d'hospitalisations attribuables aux traumatismes non intentionnels chez les enfants québécois de 14 ans et moins, 2000-2004	32
Tableau 20	Association entre les zones de défavorisation socioéconomique et les risques de décès par traumatismes routiers chez les adultes canadiens, 1991-2001	33
Tableau 21	Association entre la proportion de pauvreté dans un comté et les risques de décès par traumatismes routiers chez les Étatsuniens, 1999-2012	33
Tableau 22	Association entre la défavorisation matérielle et les risques de consultation aux urgences en raison d'un traumatisme routier à Oxford, 2012-2014	34
Tableau 23	Association entre la défavorisation matérielle et les risques d'hospitalisation attribuable aux traumatismes routiers chez les enfants québécois de 14 ans et moins, 2000-2004	35
Tableau 24	Association entre les zones de défavorisation socioéconomique et les risques de décès par noyades chez les adultes canadiens, 1991-2001	36
Tableau 25	Association entre le pourcentage de personnes vivant sous le seuil de la pauvreté dans un comté et les risques de décès par noyade chez les Étatsuniens, 1999-2012	36
Tableau 26	Association entre les zones de défavorisation socioéconomique et les risques de décès par intoxication involontaire chez les adultes canadiens, 1991-2001	37
Tableau 27	Association entre le pourcentage de personnes vivant sous le seuil de la pauvreté dans un comté et les risques de décès par intoxication involontaire chez les Étatsuniens, 1999-2012	37
Tableau 28	Association entre la défavorisation matérielle et les risques de mortalité et de morbidité attribuables aux intoxications involontaires chez les adolescents anglais de 10 à 17 ans, 1992-2012	38
Tableau 29	Association entre la défavorisation matérielle et les risques de mortalité et de morbidité attribuables aux intoxications involontaires chez les adolescents et les jeunes adultes anglais de 10 à 24 ans, 1998-2014	38
Tableau 30	Association entre le pourcentage de personnes vivant sous le seuil de la pauvreté dans un comté et les risques de décès par traumatismes attribuables au feu ou à la fumée chez les Étatsuniens, 1999-2012	40
Tableau 31	Catégories de mesure du revenu selon les études répertoriées	44
Tableau 32	Description des études répertoriées examinant le lien entre le revenu et la survenue de traumatismes non intentionnels	44
Tableau 33	Association entre les quintiles d'adéquation des revenus et les taux/risques de décès par traumatismes non intentionnels chez les adultes canadiens, 1991-2011	45
Tableau 34	Association entre les terciles de revenus des ménages et les risques de décès par traumatismes non intentionnels chez les adultes étatsuniens, 1986-2006 ...	46
Tableau 35	Association entre les quintiles d'adéquation des revenus et les risques de décès par traumatismes routiers chez les adultes canadiens, 1991-2001	46
Tableau 36	Catégories de mesure du statut d'emploi et de l'occupation selon les études répertoriées	50
Tableau 37	Description des études répertoriées examinant le statut d'emploi et l'occupation et la survenue de traumatismes non intentionnels	51
Tableau 38	Association entre les catégories d'occupations et les taux/risques de décès par traumatismes non intentionnels chez les adultes canadiens, 1991-2001	52
Tableau 39	Association entre l'occupation et le statut d'emploi des parents et les risques de décès par traumatismes non intentionnels chez les enfants coréens de 8 ans et moins, 1995-2004	53

Tableau 40	Association entre le statut d'emploi et les risques d'être traité à l'hôpital pour un traumatisme intentionnel ou non intentionnel chez les jeunes adultes finlandais, 1998-2008	54
Tableau 41	Association entre les statuts d'emploi ou catégories d'occupations et les risques de décès par traumatismes routiers chez les adultes canadiens, 1991-2001	55
Tableau 42	Association entre les catégories d'occupations et les risques de décès par intoxications involontaires chez les adultes canadiens, 1991-2001	56
Tableau 43	Association entre les catégories d'occupations et les risques de décès par traumatismes attribuables aux chutes chez les adultes canadiens, 1991-2001 ...	57
Tableau 44	Catégories de mesure de la scolarité selon les études répertoriées	60
Tableau 45	Description des études répertoriées examinant le lien entre la scolarité et la survenue de traumatismes non intentionnels	61
Tableau 46	Association entre la scolarité et les taux/risques de décès par traumatismes non intentionnels chez les adultes canadiens, 1991-2001	62
Tableau 47	Association entre la scolarité des parents et les risques de décès par traumatismes non intentionnels chez les enfants coréens de 8 ans et moins, 1995-2004	63
Tableau 48	Association entre la scolarité et les risques d'être traité à l'hôpital pour un traumatisme chez les jeunes adultes finlandais âgés de 17 à 29 ans, 1998-2008	64
Tableau 49	Association entre la scolarité et les risques de décès par traumatismes routiers chez les adultes canadiens, 1991-2001	65
Tableau 50	Association entre la scolarité et les risques d'être traité à l'hôpital pour un traumatisme routier chez les jeunes adultes finlandais âgés de 17 à 29 ans, 1998-2008	65
Tableau 51	Association entre la scolarité et les risques de décès par intoxication involontaire chez les adultes canadiens, 1991-2001	66
Tableau 52	Association entre la scolarité et le risque d'être traité à l'hôpital pour un traumatisme attribuable à une chute chez les jeunes adultes finlandais âgés de 17 à 29 ans, 1998-2008	67
Tableau 53	Catégories de mesure de l'état matrimonial ou de la composition des ménages selon les études répertoriées	70
Tableau 54	Description des études répertoriées examinant le lien entre l'état matrimonial et la survenue de traumatismes non intentionnels	71
Tableau 55	Association entre l'état matrimonial et les taux de décès par traumatismes non intentionnels chez les adultes canadiens, 1991-2001	72
Tableau 56	Association entre l'état matrimonial et les risques de décès par traumatismes non intentionnels chez les adultes étatsuniens, 1986-2006	72
Tableau 57	Association entre la défavorisation sociale et les taux/risques d'hospitalisations attribuables aux traumatismes non intentionnels chez les enfants québécois âgés de 14 ans et moins, 2000-2004	73
Tableau 58	Association entre l'état matrimonial et le risque de décès par traumatismes routiers chez les adultes étatsuniens, 1986-2006	74
Tableau 59	Associations entre la défavorisation sociale et les risques d'hospitalisations liées aux traumatismes routiers chez les enfants québécois âgés de 14 ans et moins, 2000-2004	74
Tableau 60	Association entre l'état matrimonial et les risques de décès par noyade chez les adultes étatsuniens, 1986-2006	75

Tableau 61	Association entre l'état matrimonial et les risques de décès par intoxication involontaire chez les Étatsuniens, 1986-2006	76
Tableau 62	Association entre la défavorisation sociale et les taux/risques d'hospitalisations causées par intoxications involontaires chez les enfants québécois âgés de 14 ans et moins, 2000-2004	76
Tableau 63	Association entre l'état matrimonial et les risques de décès par chute chez les adultes étatsuniens, 1986-2006	77
Tableau 64	Association entre l'état matrimonial et les risques de décès par traumatismes liés au feu ou à la fumée chez les Étatsuniens, 1986-2006	78
Tableau 65	Association entre la défavorisation sociale et les taux/risques d'hospitalisations causées par le feu et les brûlures chez les enfants québécois âgés de 14 ans et moins, 2000-2004	79
Tableau 66	Mots clés utilisés lors de la recherche documentaire	89
Tableau 67	Outils et codes utilisés dans chaque étude pour classifier les traumatismes non intentionnels selon leurs causes	93

Liste des acronymes et des abréviations statistiques

ACRONYMES

CIM	Classification internationale des maladies
IMD	<i>Index of multiple deprivation</i>
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la santé
TNI	Traumatisme non intentionnel

ABRÉVIATIONS STATISTIQUES

HR	<i>Hazard ratio</i>
IC	Intervalle de confiance
IRR	<i>Incidence rate ratio</i>
RT	Rapport de taux
RR	Risque relatif
SAR	<i>Standardised admission ratio</i>
SMR	<i>Standardised mortality ratio</i>

INTRODUCTION

Au Québec, les traumatismes non intentionnels (TNI) sont un enjeu de sécurité important pour les communautés. Ils sont notamment la première cause de décès chez les 1 à 4 ans^{iv} et la deuxième cause d'hospitalisation chez les 5 à 17 ans^v. Afin de maintenir ou d'améliorer la sécurité d'une communauté, il apparaît essentiel de connaître les particularités pouvant fragiliser ou protéger une communauté au regard des traumatismes non intentionnels. Dans cette perspective, ce volume vise à documenter et à présenter l'association entre les traumatismes non intentionnels et certaines caractéristiques socioéconomiques ou démographiques pouvant être considérées comme des indicateurs de vulnérabilité associés à la survenue des traumatismes non intentionnels dans une communauté.

À partir de la littérature scientifique disponible, ce volume rassemble six fiches présentant les principaux constats quant à l'association entre la survenue de traumatismes non intentionnels et les caractéristiques socioéconomiques ou démographiques suivantes : 1) la position d'une communauté sur le continuum rural-urbain, 2) la défavorisation matérielle d'un quartier, 3) le revenu, 4) le statut d'emploi et l'occupation, 5) la scolarité et 6) l'état matrimonial et la composition des ménages. Ce volume s'intéresse aux constats concernant l'association entre les différents indicateurs de vulnérabilité et les traumatismes non intentionnels toutes causes confondues, ainsi qu'aux constats concernant chacun des cinq types de traumatismes non intentionnels spécifiques considérés, soit 1) les traumatismes routiers, 2) les noyades, 3) les intoxications involontaires, 4) les traumatismes attribuables aux chutes et 5) les traumatismes associés au feu, aux brûlures ou à la fumée.

iv. INSPQ (page consultée le 16 novembre 2020). *Surveillance et statistiques. Tableau 1 – Principales causes de décès au Québec*. <https://www.inspq.qc.ca>.

v. INSPQ (page consultée le 16 novembre 2020). *Surveillance et statistiques. Tableau 2 – Principales causes d'hospitalisation au Québec*. <https://www.inspq.qc.ca>.

MÉTHODOLOGIE

Une recherche documentaire a été réalisée afin de repérer des études publiées entre 2008 et 2018. Les mots clés utilisés pour la stratégie de recherche et les bases de données consultées sont présentés à l'annexe 1. Au total, 1 635 études ont été repérées après l'élimination des doublons. Une lecture des résumés a permis de présélectionner 243 études semblant examiner les associations entre les traumatismes non intentionnels et les caractéristiques socioéconomiques et démographiques des populations. Une lecture plus approfondie a permis d'ajouter au corpus quelques études qui n'avaient pas été repérées dans les bases de données. Au total, 26 études ont été retenues en appliquant les critères suivants. L'étude devait :

1. évaluer l'association entre au moins un indicateur socioéconomique et démographique et la survenue d'un traumatisme non intentionnel ou d'un ensemble de traumatismes non intentionnels;
2. être rédigée en français ou en anglais;
3. rapporter des résultats d'études réalisées sur des données provenant de pays ou de régions socioéconomiques ou démographiques similaires au Canada ou au Québec, autrement dit, des pays ou des régions appartenant à l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE);
4. présenter et expliquer suffisamment sa méthode;
5. présenter des conclusions reflétant adéquatement les résultats de l'étude;
6. porter sur l'ensemble d'une population et non pas sur une communauté spécifique comme les Autochtones, un groupe professionnel, les personnes immigrantes ou une communauté ethnique en particulier.

Le choix des indicateurs socioéconomiques ou démographiques présentés dans ce volume est basé sur la fréquence de leur association avec les traumatismes non intentionnels comme documentée dans la littérature scientifique. Deux types d'indicateurs sont considérés : des indicateurs territoriaux et des indicateurs individuels. Les indicateurs territoriaux retenus sont les suivants : 1) la position d'une communauté sur le continuum rural-urbain et 2) la défavorisation matérielle d'un quartier. Les indicateurs individuels retenus sont les suivants : 3) le revenu, 4) le statut d'emploi et l'occupation, 5) la scolarité et 6) l'état matrimonial et la composition des ménages. Ces deux types d'indicateurs ne sont pas mutuellement exclusifs. Certains des indicateurs individuels peuvent faire partie d'un indicateur territorial, parfois composé lui-même de multiples indicateurs. Par exemple, les indicateurs « revenu » et « scolarité » sont parfois des composantes des études présentées pour l'indicateur de défavorisation matérielle. Bien qu'un amalgame d'indicateurs puisse donner une vue d'ensemble sur un territoire, les indicateurs individuels permettent de raffiner un regard global et d'apporter des précisions quant aux vulnérabilités découlant des traumatismes non intentionnels. Ils sont aussi généralement plus faciles à colliger. Par ailleurs, l'âge n'est pas présenté dans ce document à titre d'indicateurs, mais de l'information sur les hospitalisations et les décès attribuables aux traumatismes non intentionnels selon l'âge est disponible sur le site Web de l'INSPQ^{vi}.

vi. De l'information sur les hospitalisations et les décès attribuables aux TNI selon l'âge est disponible sur le site Web de l'INSPQ à l'adresse suivante : <https://www.inspq.qc.ca>.

Les types particuliers de traumatismes non intentionnels ont quant à eux été sélectionnés en raison de leur prévalence^{vii}, de la capacité d'une communauté à agir sur le problème et du nombre d'études qui se sont intéressées à cette association. Selon ces critères, les traumatismes non intentionnels selon une cause particulière suivants ont été retenus : les traumatismes routiers, les intoxications involontaires, les noyades, les traumatismes attribuables aux chutes et les traumatismes associés au feu, aux brûlures ou à la fumée. L'encadré ci-dessous présente une brève les définitions des traumatismes non intentionnels selon une cause particulière retenus.

DÉFINITIONS DES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS SELON UNE CAUSE PARTICULIÈRE



Traumatismes routiers : Les traumatismes routiers concernent tout traumatisme subi sur un chemin public^{viii} en tant que piéton, cycliste, occupant d'un véhicule motorisé ou occupant d'un véhicule hors route^{ix}. Bien que certaines études retenues fassent la distinction entre ces différentes catégories de traumatismes routiers dans la présentation des résultats, la majorité d'entre elles ne le font pas.



Noyades : En 2005, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a redéfini ce qui doit être considéré comme une noyade : «“La noyade est une insuffisance respiratoire résultant de la submersion ou de l'immersion en milieu liquide.” Les issues de la noyade seront classées de la manière suivante : décès, séquelles et absence de séquelles»⁽⁴⁾. Dans les études retenues pour ce document, les noyades peuvent être survenues dans un plan d'eau naturel comme un étang, un lac, une rivière, un fleuve ou l'océan, dans une piscine publique ou privée, ou encore dans une baignoire, et être mortelles ou non.

-
- vii. Voir les tableaux présentant les principales causes de décès et d'hospitalisation attribuables aux traumatismes non intentionnels au Québec sur le site Web de l'INSPQ à l'adresse suivante : <https://www.inspq.qc.ca>.
- viii. Un chemin public correspond à une surface de terrain ou d'un ouvrage d'art dont l'entretien est à la charge d'une municipalité, d'un gouvernement ou de l'un de ses organismes, et sur une partie de laquelle sont aménagées une ou plusieurs chaussées ouvertes à la circulation publique des véhicules routiers et, le cas échéant, un trottoir ainsi qu'une ou plusieurs voies cyclables. Source : Société de l'assurance automobile du Québec (2014). *Guide de rédaction du rapport d'accident de véhicules routiers*. Société de l'assurance automobile du Québec.
- ix. Seuls les traumatismes subis par un occupant de véhicule hors route survenus sur le réseau routier sont pris en compte. Les traumatismes survenus hors réseau routier ne sont pas considérés.



Intoxications involontaires : Les intoxications involontaires font référence à l'ingestion ou à l'inhalation non intentionnelle de substances nocives et toxiques pour la santé. Certaines études se concentrant uniquement sur les intoxications involontaires identifient les substances examinées, telles que les pesticides ou le monoxyde de carbone. Les études portant sur de multiples traumatismes non intentionnels ne spécifient généralement pas la ou les substances en cause.



Les traumatismes attribuables aux chutes : Selon l'OMS, une chute est «un événement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou sur toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment»⁽⁵⁾.



Les traumatismes associés au feu, aux brûlures ou à la fumée : Les traumatismes associés au feu peuvent être attribuables à la fumée qu'il produit ainsi qu'à ses flammes pouvant causer une brûlure. Une brûlure peut également être causée par une autre source de chaleur telle que l'eau, la vapeur, le rayonnement, un objet ou toutes substances chaudes. L'OMS définit une brûlure comme étant «une lésion de la peau ou d'un autre tissu organique principalement causée par la chaleur ou les rayonnements, la radioactivité, l'électricité, la friction ou le contact avec des produits chimiques»⁽⁶⁾.

PRÉSENTATION DU CONTENU DES FICHES

Chaque fiche porte sur un indicateur de vulnérabilité au regard des traumatismes non intentionnels. Ces indicateurs révèlent des caractéristiques socioéconomiques et démographiques pouvant affecter les communautés et les personnes qui y vivent quant au risque de subir un traumatisme non intentionnel. Une première section porte sur les indicateurs territoriaux, alors que la deuxième section porte sur les indicateurs individuels.

DIVISION DES FICHES

La première page de chaque fiche définit d'abord brièvement l'indicateur dont elle fait l'objet et évoque les faits saillants des résultats, autrement dit l'association entre l'indicateur et le risque de subir un traumatisme non intentionnel. Le restant de la fiche décrit davantage les études retenues et les résultats. Cette information précise la manière dont les études retenues mesurent l'indicateur, le pays ou la région desquels les données de ces études proviennent; la population étudiée ainsi que les traumatismes non intentionnels qu'elles examinent sont ensuite précisés. Finalement, les liens entre chaque indicateur et les traumatismes non intentionnels sont décrits. Il est question, dans un premier temps, des résultats d'études portant sur un ensemble de traumatismes non intentionnels toutes causes confondues comme considérées par les études retenues. Dans un deuxième temps sont présentés les résultats d'études qui portent sur des types de traumatismes non intentionnels particuliers, soit les traumatismes routiers, les noyades, les intoxications involontaires, les traumatismes attribuables aux chutes et les traumatismes associés au feu, aux brûlures ou à la fumée.

PRÉCISIONS SUR LA CLASSIFICATION DES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

La majorité des publications scientifiques définissent la manière dont les traumatismes non intentionnels examinés sont recensés et explicitent les critères utilisés pour classer ces traumatismes selon leur cause. Les caractéristiques retenues peuvent néanmoins varier d'une étude à l'autre. Les codes de la Classification internationale des maladies (CIM) de l'OMS et les autres outils utilisés pour classer les traumatismes non intentionnels selon les études et selon les causes de traumatismes examinées sont présentés à l'annexe 2. Par ailleurs, comme il le sera souligné lors de la présentation des résultats des études, plusieurs types de conséquences sont rapportés. Il peut s'agir de décès, d'hospitalisations de consultations médicales ou de blessures ne nécessitant pas une consultation médicale.

Les données utilisées par les études retenues proviennent dans la majorité des cas de registres nationaux, tels que le *National Center for Health Statistics* aux États-Unis, le suivi de mortalité selon le recensement au Canada, ou encore de registres d'hôpitaux visant à recenser les visites et les hospitalisations, comme MED-ÉCHO au Québec. Il s'agit, dans ces cas, de données complètes portant sur la population d'intérêt, et non pas de données basées sur seulement sur un échantillon de la population. Une minorité d'études retenues utilisent cependant des données provenant d'une technique d'échantillonnage visant à représenter la population étudiée.

PRÉSENTATION ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DES ÉTUDES

Les indicateurs documentés au sein du présent volume permettent d'identifier certaines caractéristiques socioéconomiques et démographiques pouvant être associées à la sécurité d'un milieu et de sa population. Il faut noter cependant qu'il ne s'agit pas nécessairement d'une relation de cause à effet (ex. : un indicateur peut être associé à un type de traumatisme non intentionnel sans en être la cause).

Les études examinant les associations entre ces indicateurs et les traumatismes non intentionnels présentent généralement des **taux** de décès, d'hospitalisations ou de consultations à l'urgence attribuables à un traumatisme non intentionnel. Dans ces études, la **mesure d'association** entre une caractéristique socioéconomique ou démographique donnée et un type de traumatisme non intentionnel est souvent estimée par la mesure du risque relatif (RR) qui est obtenue en faisant, par exemple, le rapport de deux taux.

Afin d'alléger le texte et de faciliter la compréhension, certains résultats sont présentés sous forme de tableau lorsque trois variables ou plus ont été prises en compte. Lorsqu'ils sont disponibles, les **intervalles de confiance** (IC) ou les résultats des tests de significativité sont présentés. L'encadré ci-dessous explique certains des termes statistiques utilisés dans ce document.

DÉFINITIONS DES TERMES STATISTIQUES

Qu'est-ce qu'un taux ?

Le taux constitue une mesure de fréquence de survenue d'un phénomène dans une population définie au cours d'un intervalle de temps donné. Le taux est calculé en divisant le nombre de cas ou d'événements survenus au cours d'une certaine période de temps (le numérateur) par le nombre de personnes composant la population au sein de laquelle ces événements se sont produits (le dénominateur) au cours de la même période. Il est généralement exprimé sur la base d'un dénominateur commun de 100 000 personnes. Par exemple, si 125 personnes ont été hospitalisées au cours d'une année à la suite d'un traumatisme non intentionnel dans un territoire de 252 500 habitants, on obtient un taux de 59,4 hospitalisations attribuables à un traumatisme non intentionnel par 100 000 personnes par année.

Un taux permet entre autres de comparer la fréquence des traumatismes entre deux populations de taille différente. Par exemple, il peut s'agir de comparer les taux de décès ou d'hospitalisations attribuables à l'ensemble des traumatismes non intentionnels selon certaines caractéristiques de la population telles que le continuum rural-urbain (ex. : comparaison des taux observés chez les personnes habitant une zone rurale à celles résidant en milieu urbain). L'intensité de cette relation est donnée par une mesure d'association.

Qu'est-ce qu'une mesure d'association ?

Une mesure d'association repose sur la comparaison quantitative de mesures de fréquence (ex. : taux d'hospitalisation) entre différents groupes. Le rapport de taux (RT) indique dans quelle mesure un taux (ex. : taux d'hospitalisation attribuable à un traumatisme non

intentionnel) est plus ou moins important dans un groupe de personnes par rapport à celui observé dans un autre groupe (ex. : personnes habitant en zone rurale en comparaison à celles résidant en milieu urbain). Il permet de mesurer l'intensité du lien entre un facteur et un problème de santé⁽⁷⁾. Si le taux d'hospitalisation attribuable à un traumatisme non intentionnel est 59,4 par 100 000 personnes chez les personnes qui habitent en zone rurale pour une année donnée et de 36,7 par 100 000 personnes chez celles qui résident en milieu urbain pour cette même année, le RT est égal à 1,6 (59,4/36,7).

Une mesure d'association peut être obtenue, notamment, à l'aide d'un rapport de taux (RT), d'un rapport de risque (RR) ou d'un rapport de risque instantané (*hazard ratio* [HR]).

Comment interpréter une mesure d'association ?

Une mesure d'association (ex. : RT) compare le risque de survenue d'un événement (ex. : hospitalisations attribuables à un traumatisme non intentionnel) dans un groupe avec celui d'un groupe de référence au cours d'une période donnée. Un RT égal à 1 indique un risque analogue dans les deux groupes. Un RT supérieur à 1 indique un risque accru pour le groupe d'intérêt en comparaison au groupe de référence. Un RT inférieur à 1 indique un risque moindre pour le groupe d'intérêt. Généralement, on compare les mesures de fréquence à une catégorie de référence (ici, les individus qui résident en milieu urbain).

Dans l'exemple précédent, le RT est égal à 1,6 (59,4/36,7). Cela signifie que les personnes habitant en milieu rural affichent un taux d'hospitalisation attribuable à un traumatisme non intentionnel 1,6 fois supérieur à celui observé chez les personnes qui résident en milieu urbain.

Qu'est-ce qu'un intervalle de confiance ?

Pour apprécier le degré de précision d'une mesure de fréquence (ex. : taux) ou d'une mesure d'association (ex. : rapport de taux), un intervalle de confiance (IC) est habituellement donné. L'IC présente un intervalle censé contenir la valeur exacte avec un certain degré de confiance fixé à 95 % dans la plupart des études. La largeur de l'IC reflète la précision de la mesure. Plus l'intervalle est étroit, plus la précision est élevée.

Une mesure d'association entre la mesure de fréquence d'un groupe d'intérêt en comparaison au groupe de référence est jugée statistiquement significative lorsque l'intervalle de confiance rapporté ne contient pas la valeur 1. Par exemple, pour la comparaison du taux d'hospitalisation attribuable à un traumatisme non intentionnel chez les individus qui habitent en zone rurale en comparaison à ceux qui résident en milieu urbain, le RT est égal à 1,6 avec un intervalle de confiance allant de 1,3 à 1,9. Dans ce cas, le RT peut être jugé statistiquement significatif puisque l'intervalle de confiance ne comprend pas la valeur 1. L'utilisation d'une valeur peut compléter cette appréciation en mesurant la compatibilité entre un résultat et une hypothèse.

RÉSUMÉ DES ASSOCIATIONS ENTRE LES INDICATEURS SOCIOÉCONOMIQUES ET DÉMOGRAPHIQUES ET LES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

		TYPES DE TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS					
INDICATEURS		 TNI	 Traumatismes routiers	 Noyades	 Intoxications involontaires	 Traumatismes attribuables aux chutes	 Traumatismes associés au feu, aux brûlures ou à la fumée
TERRITORIAUX	Position dans le continuum rural-urbain						
	Défavorisation matérielle						
	Revenu						
INDIVIDUELS	Statut d'emploi et occupation						
	Scolarité						
	État matrimonial ou composition des ménages						



Ensemble de TNI



Intoxications involontaires



Traumatismes routiers



Traumatismes attribuables aux chutes



Noyades



Traumatismes associés au feu, aux brûlures ou à la fumée



Toutes les études montrent une association



La plupart des études montrent une association



Les études sont partagées quant à l'association



La plupart des études ne montrent pas d'association



Aucune des études ne montrent une association

SECTION 1

INDICATEURS TERRITORIAUX

FICHE 1

LA POSITION D'UNE COMMUNAUTÉ DANS LE CONTINUUM RURAL-URBAIN

● DÉFINITION

Le continuum rural-urbain fait référence aux caractéristiques d'une communauté basées notamment sur le nombre d'habitants et leur densité sur le territoire. Une zone urbaine est généralement caractérisée par une densité plus élevée de la population alors qu'une zone rurale est caractérisée par une densité plus faible de la population. Selon les études consultées, ce continuum est divisé en plusieurs catégories. La classification la plus simple est dichotomique «rural-urbain» alors que la plus complexe comprend huit catégories allant de «très grand centre urbain» à «zone rurale isolée sans influence urbaine». Entre cette classification complexe et la simple dichotomie «rural-urbain», il y a des classifications intermédiaires comme «zone métropolitaine, zone urbaine, zone rurale». L'influence qu'une zone urbaine peut avoir sur une zone rurale voisine est parfois aussi prise en compte.

● FAITS SAILLANTS



Toutes les études montrent une association entre le risque de subir un TNI toutes causes confondues et vivre en zone rurale ou moins urbanisée.



La plupart des études montrent une association entre le risque de subir un traumatisme routier et vivre en zone rurale ou moins urbanisée.



La plupart des études ne montrent pas d'association entre le risque de subir une noyade et vivre en zone rurale ou moins urbanisée.



Les études sont partagées quant à l'association entre le risque de subir une intoxication involontaire et vivre en zone rurale ou moins urbanisée.



La plupart des études ne montrent pas d'association entre le risque de subir un traumatisme attribuable aux chutes et vivre en zone rurale ou moins urbanisée.



La plupart des études montrent une association entre le risque de subir un traumatisme associé au feu, aux brûlures ou à la fumée et vivre en zone rurale ou moins urbanisée.



FICHE

1

INDICATEURS
TERRITORIAUX

POUR EN SAVOIR PLUS SUR LE CONTINUUM RURAL-URBAIN

Le tableau 1 présente la façon utilisée dans les études pour classer les zones dans lesquelles vivaient les personnes en fonction du continuum rural-urbain. Lorsque le nombre d'habitants par zone n'est pas indiqué, c'est que l'auteur n'a pas défini les catégories^x.

Tableau 1 Catégories pour classer les communautés en fonction du continuum rural-urbain selon les études répertoriées

AUTEURS	CATÉGORIES DE CLASSIFICATION DANS LE CONTINUUM RURAL-URBAIN
Burrows et collab., 2012	1) Zone rurale, 2) Ville de taille moyenne, 3) Zone métropolitaine.
Burrows et collab., 2013	1) Très grande zone urbaine (>1 000 000 habitants), 2) Grande zone urbaine (500 000 à 999 999 habitants), 3) Zone urbaine moyenne (100 000 à 499 999 habitants), 4) Petite zone urbaine (10 000 à 99 999 habitants), 5) Zone rurale avec grande influence urbaine, 6) Zone rurale avec influence urbaine modérée, 7) Zone rurale avec influence urbaine faible, 8) Zone rurale isolée sans influence urbaine.
Chang et collab., 2018	1) Zone rurale, 2) Zone métropolitaine.
Clemens et collab., 2016	1) Zone urbaine (au moins 1 000 habitants et une densité de population de 400 habitants ou plus au kilomètre carré), 2) Zone rurale.
Coben et collab., 2009	1) Grande zone urbaine, 2) Petite zone urbaine, 3) Grande zone rurale, 4) Petite zone rurale.
Denney et collab., 2014	1) Zone urbaine, 2) Zone rurale.
Edwards et collab., 2008	1) Zone urbaine, 2) Londres, 3) Ville et périphérie, 4) Village.
Fralick et collab., 2013	1) Zone rurale, 2) Zone non rurale.
Gagné et Hamel, 2009	1) Zone métropolitaine de Montréal, 2) Autre zone métropolitaine (> 100 000 habitants), 3) Agglomération de recensement (10 000 à 100 000 habitants), 4) Petite ville et zone rurale (< 10 000 habitants).
Hong et collab., 2010	1) Zone métropolitaine (> 2 000 000 habitants), 2) Zone urbaine (1 000 000 à 1 999 999 habitants), 3) Zone rurale (< 1 000 000 habitants).
Iqbal et collab., 2012	1) Zone métropolitaine, 2) Zone non métropolitaine.
Karb et collab., 2016	1) Grande zone métropolitaine centrale (comté central de > 1 000 000 habitants), 2) Grande périphérie métropolitaine (comté en périphérie avec > 1 000 000 habitants), 3) Zone métropolitaine moyenne (comté de 250 000 à 999 999 habitants), 4) Petite zone métropolitaine (comté de 50 000 à 249 999 habitants), 5) Zone micropolitaine (comté avec un centre urbain de 10 000 à 49 999 habitants), 6) Zone rurale (comté sans centre urbain).
Ko et collab., 2012	1) Zone métropolitaine, 2) Zone provinciale.
Mitchell et Chong, 2010	1) Zone urbaine, 2) Zone rurale.
Wurster et collab., 2016	Niveau d'urbanisation par comté : A (densité de population plus grande ou égale à 1 000 personnes par mille carré), B (300 à 999 personnes par mille carré), C (100 à 299 personnes par mille carré), D (moins de 100 personnes par mille carré).

x. Comme le montrent les indicateurs utilisés dans les études répertoriées, le nombre d'habitants et leur densité sur le territoire varient d'une étude à l'autre. Puisqu'ils ne sont pas systématiquement quantifiés pour chaque étude, ces chiffres ne seront pas explicités dans ce qui suit.

Description des études

Quinze études ont été répertoriées pour documenter l'indicateur du continuum rural-urbain et son association avec les traumatismes non intentionnels. Elles présentent des données pour le Canada (n = 5), les États-Unis (n = 5), la Corée du Sud (n = 2), l'Australie (n = 2) et l'Angleterre (n = 1). Neuf études considèrent un ensemble de traumatismes non intentionnels toutes causes confondues; de ces études, six en examinent certains types individuellement. De plus, deux études évaluent seulement les noyades, deux autres uniquement les intoxications involontaires, une examine seulement les traumatismes routiers, alors qu'une étude examine les traumatismes routiers et les chutes (tableau 2). La section suivante résume les résultats des études portant sur les traumatismes non intentionnels toutes causes confondues. Les résultats au regard de certains types particuliers de traumatismes non intentionnels seront abordés subséquentement.

Tableau 2 Description des études répertoriées examinant le lien entre la position d'une communauté dans le continuum rural-urbain et la survenue de traumatismes non intentionnels

AUTEURS	PAYS	POPULATION ÉTUDIÉE	TYPES DE TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS					
								
Burrows et collab., 2012	Canada	Adultes de 25 ans et plus	●					
Burrows et collab., 2013	Canada	Adultes de 25 ans et plus	●	●	●	●	●	●
Chang et collab., 2018	Australie (Victoria)	Enfants de 14 ans et moins		●				
Clemens et collab., 2016	Canada	Ensemble de la population			●			
Coben et collab., 2009	États-Unis	Ensemble de la population	●	●		●	●	
Denney et collab., 2014	États-Unis	Adultes de 18 ans et plus	●	●	●	●	●	●
Edwards et collab., 2008	Angleterre	Enfants de 15 ans et moins		●			●	
Fralick et collab., 2013	Canada (Ontario)	Ensemble de la population			●			
Gagné et Hamel, 2009	Canada (Québec)	Enfants de 14 ans et moins	●					
Hong et collab., 2010	Corée du Sud	Enfants de 8 ans et moins	●	●	●		●	●
Iqbal et collab., 2012	États-Unis	Ensemble de la population				●		
Karb et collab., 2016	États-Unis	Ensemble de la population	●	●	●	●	●	●
Ko et collab., 2012	Corée du Sud	Ensemble de la population				●		
Mitchell et Chong, 2010	Australie (New South Wales)	Ensemble de la population	●	●	●		●	●
Wurster et collab., 2016	États-Unis (Ohio)	Enfants de 14 ans et moins	●					

RÉSULTATS PORTANT SUR DES ENSEMBLES DE TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS TOUTES CAUSES CONFONDUES

Quelle est l'association entre la position d'une communauté dans le continuum rural-urbain et le risque que sa population subisse un traumatisme non intentionnel ?

Neuf études examinant les liens entre le continuum rural-urbain et un ensemble de traumatismes non intentionnels toutes causes confondues ont été répertoriées. Elles montrent toutes qu'il y a une association entre le fait de vivre dans une zone rurale ou moins urbanisée et le risque de subir un traumatisme non intentionnel. Les taux et les risques de décès ou d'hospitalisations associés à ces traumatismes sont plus élevés dans les zones rurales que dans les zones urbaines, et ce, tant chez les enfants que chez les adultes.

Dans deux publications distinctes, Burrows et ses collègues ^(8,9) montrent qu'au Canada, le taux de décès par traumatismes non intentionnels varie selon la position d'une communauté dans le continuum rural-urbain. Ainsi, dans leur étude publiée en 2013, en utilisant une échelle à huit catégories d'urbanisation (voir ci-dessus), ils ont observé que les taux de mortalité par traumatisme non intentionnel chez les hommes décroissaient progressivement selon le niveau d'urbanisation d'une communauté. Ces taux se traduisent donc par un excès de risque appréciable de traumatisme non intentionnel chez les hommes et les femmes vivant dans des zones rurales et les petites zones urbaines par rapport à ceux qui vivent dans les zones urbaines plus grandes (tableau 3).

Tableau 3 Association entre les zones du continuum rural-urbain et les taux/risques de décès par traumatismes non intentionnels chez les adultes canadiens, 1991-2001

ZONES DU CONTINUUM RURAL-URBAIN	HOMMES		FEMMES	
	Taux de décès par 100 000 habitants (IC)**	Risques (HR) de décès (IC)***	Taux de décès par 100 000 habitants (IC)**	Risques (HR) de décès (IC)***
Très grande zone urbaine	33,8 (31,8–35,3)	1	22,2 (20,8–23,6)	1
Grande zone urbaine	37,4 (34,9–40,1)	0,99 (0,89–1,09)	22,2 (20,3–24,2)	0,98 (0,86–1,12)
Zone urbaine moyenne	38,7 (36,1–41,4)	1,09 (0,99–1,21)	24,3 (22,3–26,5)	1,01 (0,89–1,14)
Petite zone urbaine	46,1 (43,2–49,2)	1,23* (1,12–1,35)	28,8 (26,5–31,2)	1,23* (1,09–1,34)
Zone rurale avec grande influence urbaine	49,8 (44,9–55,3)	1,34* (1,18–1,53)	28,1 (24,4–32,4)	1,29* (1,07–1,55)
Zone rurale avec influence urbaine modérée	56,3 (52,1–60,8)	1,38* (1,24–1,72)	30,9 (27,8–34,4)	1,39* (1,21–1,60)
Zone rurale avec influence urbaine faible	64,6 (60,1–69,4)	1,55* (1,39–1,72)	31,8 (28,7–35,3)	1,46* (1,26–1,70)
Zone rurale isolée sans influence urbaine	101,0 (88,4–115,4)	2,05* (1,75–2,41)	45,7 (37,4–55,7)	2,04* (1,60–2,60)

* Résultats significatifs.

** Ajusté en fonction de l'âge.

*** Ajusté en fonction de l'état matrimonial, du niveau de scolarité, du revenu, de la situation d'emploi, du statut de minorité visible, du statut d'immigration, de la région provinciale et de la défavorisation matérielle.

Sources : Burrows et collab., 2012 ⁽⁸⁾, Burrows et collab., 2013 ⁽⁹⁾.

Karb et ses collègues⁽¹⁰⁾, dans une étude sur les traumatismes non intentionnels portant sur la population étatsunienne, montrent également que le risque de décès augmente progressivement à mesure que le niveau d'urbanisation diminue. Ainsi, les populations vivant dans des zones métropolitaines moyennes, dans des petites zones métropolitaines, dans des zones micropolitaines et dans des zones rurales présentent des risques plus élevés de décès par traumatismes non intentionnels par rapport aux populations vivant dans les grandes zones métropolitaines centrales (tableau 4).

Tableau 4 Association entre les zones du continuum rural-urbain et les taux/risques de décès par traumatismes non intentionnels chez les Étatsuniens, 1999-2012

ZONES DU CONTINUUM RURAL-URBAIN	TAUX DE DÉCÈS PAR 100 000 HABITANTS**	RISQUES (HR) DE DÉCÈS
Grande zone métropolitaine centrale	32,31	1
Grande périphérie métropolitaine	34,66	1,08
Zone métropolitaine moyenne	40,04	1,25*
Petite zone métropolitaine	41,81	1,37*
Zone micropolitaine	49,77	1,62*
Zone rurale	58,56	1,95*

* Résultats significatifs ($p < 0,01$).

** Ajusté en fonction de l'âge.

Source : Karb et collab., 2016⁽¹⁰⁾.

Dans une autre étude menée aux États-Unis portant sur les décès d'adultes, Denney et He⁽¹¹⁾ montrent également que la mortalité par traumatismes non intentionnels varie dans le continuum rural-urbain. Les auteurs avancent que les personnes qui vivent en zone urbaine sont moins à risque (HR = 0,82) de décéder d'un traumatisme non intentionnel que les personnes qui vivent en zone rurale.

Coben et ses collègues⁽¹²⁾, dans une étude portant sur les hospitalisations dans la population étatsunienne, observent que les hommes et les femmes vivant dans les zones rurales sont plus à risque d'être hospitalisés pour un traumatisme (intentionnel ou non intentionnel), lorsque comparés à la population urbaine (tableau 5).

Tableau 5 Association entre les zones du continuum rural-urbain et les taux/risques d'hospitalisation par traumatismes non intentionnels chez les Étatsuniens, 2004

ZONES DU CONTINUUM RURAL-URBAIN	HOMMES		FEMMES		HOMMES/FEMMES	
	Taux d'hospitalisation par 100 000 habitants (IC)	Risques (HR) d'hospitalisation (IC)	Taux d'hospitalisation par 100 000 habitants (IC)	Risques (HR) d'hospitalisation (IC)	Taux d'hospitalisation par 100 000 habitants (IC)	Risques (HR) d'hospitalisation (IC)
Grande zone urbaine	633 (569–702)	1	577 (530–628)	1	610 (556–663)	1
Petite zone urbaine	604 (524–694)	0,95 (0,79–1,12)	597 (524–678)	1,03 (0,87–1,19)	602 (526–685)	0,99 (0,83–1,14)
Grande zone rurale	768 (688–857)	1,21* (1,03–1,40)	783 (708–866)	1,36* (1,18–1,54)	777 (702–858)	1,27* (1,10–1,44)
Petite zone rurale	811 (707–929)	1,28* (1,06–1,50)	840 (754–936)	1,46* (1,26–1,66)	826 (735–928)	1,35* (1,16–1,55)

* Résultats significatifs.

Source : Coben et collab., 2009⁽¹²⁾.

FICHE

1

INDICATEURS TERRITORIAUX

Mitchel et Chong⁽¹³⁾ ont mené une étude en Australie sur la morbidité et la mortalité associées aux traumatismes non intentionnels selon la position de la communauté dans le continuum rural-urbain. Ils ont calculé le *Standardised admission ratio* (SAR)^{xi} pour évaluer la différence de risque en fonction du continuum rural-urbain. Ils ont montré que les personnes qui vivent dans une zone rurale sont plus à risque d'être hospitalisées à la suite d'un traumatisme non intentionnel (SAR = 1,39) que les personnes qui vivent dans une zone urbaine. Aussi, après avoir calculé le *Standardised mortality ratio* (SMR)^{xii}, les auteurs avancent que les personnes qui vivent dans une zone rurale sont plus à risque de décéder d'un traumatisme non intentionnel (SMR = 1,41) que les personnes qui vivent dans une zone urbaine.

Dans une étude conduite en Corée du Sud, Hong et ses collaborateurs⁽¹⁴⁾ s'intéressent aux décès chez les enfants de 8 ans et moins causés par les traumatismes non intentionnels selon la place de la communauté dans le continuum rural-urbain. Les auteurs observent que les enfants de sexe masculin et féminin âgés d'un an et plus qui vivent en zone rurale et en zone urbaine ont un risque accru de décès dû à un traumatisme non intentionnel comparativement aux enfants qui vivent en zone métropolitaine (tableau 6).

Tableau 6 Association entre les zones du continuum rural-urbain et les risques de décès par traumatismes non intentionnels chez les enfants coréens de 8 ans et moins, 1995-2004

ZONES DU CONTINUUM RURAL-URBAIN	GARÇONS	FILLES	SEXES RÉUNIS	SEXES RÉUNIS SELON LE GROUPE D'ÂGE		
				0 < 1 an	1-4 ans	5-8 ans
	Risques (HR) de décès**			Risques (HR) de décès***		
Zone métropolitaine	1	1	1	1	1	1
Zone urbaine	1,25*	1,29*	1,28*	1,14	1,32*	1,28*
Zone rurale	1,27*	1,28*	1,29*	1,05	1,33*	1,36*

* Résultats significatifs ($p < 0,05$).

** Ajusté en fonction de l'âge.

*** Ajusté en fonction du sexe.

Source : Hong et collab., 2010⁽¹⁴⁾.

Une étude menée au Québec par Gagné et Hamel⁽¹⁵⁾ a montré que les taux d'hospitalisation attribuables à un traumatisme non intentionnel chez les enfants québécois de 14 ans et moins variaient selon la position de la communauté dans le continuum rural-urbain. Ainsi, les taux d'hospitalisation observés étaient plus élevés dans les zones rurales que dans les zones urbaines, soit 446/100 000 dans les petites villes et les zones rurales, 494,1/100 000 dans les agglomérations de recensements comparativement à 394,1/100 000 dans les zones métropolitaines et 327,4/100 000 dans la zone métropolitaine de Montréal.

Dans une étude menée en Ohio chez les enfants de 14 ans et moins, Wurster et ses collaborateurs⁽¹⁶⁾ montrent que plus une zone est urbanisée, plus les taux de traumatismes non intentionnels tendent à diminuer. Néanmoins, les taux de traumatismes non intentionnels les plus sévères, incluant ceux entraînant des décès, sont plus élevés dans les milieux urbains que dans les milieux ruraux.

xi. Les estimations de population par âge et par sexe au 31 décembre et au 30 juin 2001 obtenues auprès du Département de la santé de la Nouvelle-Galles du Sud ont été utilisées comme population standard pour calculer le risque d'être hospitalisé à la suite d'un traumatisme non intentionnel, d'où l'utilisation du terme *standardised admission ratio*.

xii. Les estimations de population par âge et par sexe au 31 décembre et au 30 juin 2001 obtenues auprès du Département de la santé de la Nouvelle-Galles du Sud ont été utilisées comme population standard pour calculer le risque de décéder à la suite d'un traumatisme non intentionnel, d'où l'utilisation du terme *standardised mortality ratio*.

RÉSULTATS PORTANT SUR LES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS SELON UNE CAUSE PARTICULIÈRE

Traumatismes routiers

Quelle est l'association entre la position d'une communauté dans le continuum rural-urbain et le risque que sa population subisse un traumatisme routier ?

Huit études examinant les liens entre le continuum rural-urbain et les traumatismes routiers ont été répertoriées. La plupart d'entre elles (six sur huit) montrent qu'il y a une association entre le fait de vivre dans une zone rurale ou moins urbanisée et le risque de subir un traumatisme routier : moins une zone est urbanisée, plus les taux et les risques de décès et d'hospitalisations associés aux traumatismes routiers sont élevés dans sa population.

Une étude menée par Burrows et ses collègues⁽⁹⁾ chez l'ensemble des adultes canadiens observe que, comparativement aux personnes qui vivent dans une très grande zone urbaine, les personnes qui vivent dans une zone urbaine moyenne et dans une petite zone urbaine sont plus à risque de décéder d'un traumatisme routier. Quant aux personnes qui vivent en zone rurale, les risques de décès par traumatismes routiers peuvent être jusqu'à deux fois plus élevés comparativement aux personnes vivant dans une très grande zone urbaine (tableau 7).

Tableau 7 Association entre les zones du continuum rural-urbain et les risques de décès par traumatismes routiers chez les adultes canadiens, 1991-2001

ZONES DU CONTINUUM RURAL-URBAIN	RISQUES (HR) DE DÉCÈS (IC)**
Très grande zone urbaine	1
Grande zone urbaine	1,09 (0,94–1,27)
Zone urbaine moyenne	1,29* (1,11–1,49)
Petite zone urbaine	1,60* (1,40–1,83)
Zone rurale avec grande influence urbaine	2,22* (1,87–2,63)
Zone rurale avec influence urbaine modérée	2,14* (1,85–2,49)
Zone rurale avec influence urbaine faible	2,28* (1,96–2,66)
Zone rurale isolée sans influence urbaine	2,67* (2,11–3,38)

* Résultats significatifs.

** Variables contrôlées : ajusté en fonction de l'état matrimonial, du niveau de scolarité, du revenu, de la situation d'emploi, du statut de minorité visible, du statut d'immigration, de la région provinciale et de la défavorisation matérielle.

Source : Burrows et collab., 2013⁽⁹⁾.

Deux études menées aux États-Unis montrent une tendance similaire^(10, 11). Par exemple, dans l'étude de Karb et de ses collaborateurs⁽¹⁰⁾, les personnes qui vivent dans une grande périphérie métropolitaine, dans une zone métropolitaine moyenne et dans une petite zone métropolitaine ont un risque plus grand de mortalité associé aux traumatismes routiers, comparativement aux personnes qui vivent dans une grande zone métropolitaine centrale. Les personnes qui vivent dans une zone micropolitaine et dans une zone rurale sont, quant à elles, deux à trois fois plus à risque de décéder d'un traumatisme routier que les personnes qui vivent dans une grande zone métropolitaine centrale (tableau 8).

FICHE

1

INDICATEURS
TERRITORIAUX

Tableau 8 Association entre les zones du continuum rural-urbain et les risques de décès par traumatismes routiers chez les Étatsuniens, 1999-2012

ZONES DU CONTINUUM RURAL-URBAIN	RISQUES (HR) DE DÉCÈS
Grande zone métropolitaine centrale	1
Grande périphérie métropolitaine	1,44*
Zone métropolitaine moyenne	1,48*
Petite zone métropolitaine	1,76*
Zone micropolitaine	2,32*
Zone rurale	3,14*

* Résultats significatifs ($p < 0,01$).
Source : Karb et collab., 2016⁽¹⁰⁾.

Une étude australienne observe que les personnes qui vivent dans une zone rurale sont plus à risque de décéder (SMR = 1,88) ou d'être hospitalisées (SAR = 1,79) suite à un traumatisme routier que les personnes qui vivent dans une zone urbaine⁽¹³⁾. Une étude étatsunienne portant aussi sur la morbidité montre que le taux d'hospitalisation est plus élevé pour les traumatismes routiers en zone rurale qu'en zone urbaine. Ce taux, dans les grandes zones urbaines et dans les petites zones urbaines, est de 88/100 000 habitants alors qu'il est de 115/100 000 habitants dans les grandes zones rurales et de 135/100 000 habitants dans les petites zones rurales⁽¹²⁾.

Plus spécifiquement chez les enfants, trois études se sont intéressées à la différence de risque de traumatismes routiers selon la position du milieu de vie dans le continuum rural-urbain. En Australie, Chang et ses collaborateurs⁽¹⁷⁾ ont montré un taux nettement plus élevé de décès par traumatisme routier chez les enfants passagers vivant en zone rurale (tableau 9).

Tableau 9 Association entre les zones du continuum rural-urbain et le taux de décès par traumatismes routiers chez les enfants passagers de 14 ans et moins, 2001-2012

ZONES DU CONTINUUM RURAL-URBAIN	TAUX DE DÉCÈS PAR 100 000 ENFANTS		
	0-4 ans	5-9 ans	10-14 ans
Zone rurale	29,3	24,3	33,3
Zone métropolitaine	3,2	1,8	1,8

Source : Chang et collab., 2018⁽¹⁷⁾.

Une étude coréenne n'a quant à elle pas montré de différence significative pour les enfants passagers, mais a observé un excès de risque de l'ordre de 90 % (HR = 1,9) chez les enfants piétons vivant en zone rurale⁽¹⁴⁾.

Une étude anglaise menée par Edwards et ses collaborateurs⁽¹⁸⁾ sur les traumatismes infantiles sévères^{xiii} avance que, comparés aux enfants piétons qui habitent dans une zone urbaine autre que Londres, les enfants piétons qui vivent dans les villes et les périphéries (RR = 0,67) ainsi que dans les villages (RR = 0,64)

xiii. Les traumatismes sévères sont associés aux diagnostics suivants : fracture du col du fémur, blessures intracrâniennes (excluant les commotions cérébrales), blessures des nerfs et de la moelle épinière au niveau du cou, fractures multiples des côtes, asphyxie, hypothermie.

sont protégés des traumatismes routiers. Aussi, comparés aux enfants cyclistes qui habitent dans les autres zones urbaines, les enfants cyclistes qui vivent à Londres sont protégés (RR = 0,78) contre les traumatismes routiers.

Noyades

Quelle est l'association entre la position d'une communauté dans le continuum rural-urbain et le risque que sa population subisse une noyade ?

Sept études examinant les liens entre la position d'une communauté dans le continuum rural-urbain et les noyades ont été répertoriées. La plupart d'entre elles (quatre sur sept) ne montrent pas d'association entre le type de zone où vit une communauté et le risque de subir une noyade. Seulement trois études établissent que les populations des zones rurales ou moins urbanisées ont un risque ou un taux de décès par noyade plus élevé.

Quatre études qui examinent les noyades ne montrent pas de variation du risque de noyade selon la position de la communauté dans le continuum rural-urbain^(11, 13, 14, 19).

Certaines études qui incluent plus de deux catégories pour qualifier la position d'une communauté dans le continuum rural-urbain montrent que moins une zone est urbanisée, plus le risque de noyade augmente pour la population qui y vit. L'une d'elles portant sur les adultes canadiens montre que, par rapport aux personnes vivant dans une très grande zone urbaine, le risque de noyade augmente à mesure que l'influence urbaine décroît (tableau 10)⁽⁹⁾.

Tableau 10 Association entre les zones du continuum rural-urbain et les risques de décès par noyade chez les adultes canadiens, 1991-2001

ZONES DU CONTINUUM RURAL-URBAIN	RISQUES (HR) DE DÉCÈS (IC)**
Très grande zone urbaine	1
Grande zone urbaine	1,20 (0,79–1,83)
Zone urbaine moyenne	1,65* (1,15–2,38)
Petite zone urbaine	1,46* (1,02–2,11)
Zone rurale avec grande influence urbaine	1,45 (0,86–2,45)
Zone rurale avec influence urbaine modérée	1,81* (1,21–2,71)
Zone rurale avec influence urbaine faible	2,58* (1,77–3,77)
Zone rurale isolée sans influence urbaine	6,34* (4,03–9,98)

* Résultats significatifs.

** Variables contrôlées : ajusté en fonction de l'état matrimonial, du niveau de scolarité, du revenu, de la situation d'emploi, du statut de minorité visible, du statut d'immigration, de la région provinciale et de la défavorisation matérielle.

Source : Burrows et collab., 2013⁽⁹⁾.

Une autre étude menée aux États-Unis montre une tendance similaire. Comparativement aux personnes qui vivent dans une grande zone métropolitaine centrale, les personnes qui vivent dans une zone métropolitaine de taille moyenne, dans une petite zone métropolitaine, dans une zone micropolitaine et dans une zone rurale ont un risque accru de noyade (tableau 11)⁽¹⁰⁾.

FICHE

1

INDICATEURS
TERRITORIAUX

Tableau 11 Association entre les zones du continuum rural-urbain et les risques de décès par noyade chez les Étatsuniens, 1999-2012

ZONES DU CONTINUUM RURAL-URBAIN	RISQUES (HR) DE DÉCÈS
Grande zone métropolitaine centrale	1
Grande périphérie métropolitaine	1,15
Zone métropolitaine moyenne	1,26*
Petite zone métropolitaine	1,23**
Zone micropolitaine	1,55*
Zone rurale	1,64*

* Résultats significatifs ($p < 0,01$).

** Résultats significatifs ($p < 0,05$).

Source : Karb et collab., 2016 ⁽¹⁰⁾.

Dans une étude menée en Ontario, Fralick et ses collègues ⁽²⁰⁾ montrent que le risque est plus élevé pour les hommes vivant dans une zone rurale, lorsque comparés aux hommes qui vivent dans une zone non rurale. Cependant, aucune différence significative n'est observée pour les femmes.

Intoxications involontaires

Quelle est l'association entre la position d'une communauté dans le continuum rural-urbain et le risque que sa population subisse une intoxication involontaire ?

.....

Six études examinant les liens entre la position d'une communauté dans le continuum rural-urbain et les intoxications involontaires ont été répertoriées. Les études sont partagées quant au risque de subir une intoxication involontaire et vivre en zone rurale ou moins urbanisée.

.....

Une étude étatsunienne montre que les adultes qui vivent dans une zone urbaine sont plus à risque de décéder d'une intoxication involontaire (HR = 1,45) ⁽¹¹⁾. Une étude s'étant intéressée aux visites à l'hôpital consécutives à une intoxication aux pesticides en Corée du Sud observe que les taux de visites aux urgences sont plus élevés dans les zones rurales que dans les zones métropolitaines ⁽²¹⁾. Une autre étude menée aux États-Unis sur les visites à l'hôpital consécutives à une intoxication au monoxyde de carbone montre que les taux de visites aux urgences sont légèrement plus élevés dans les zones non métropolitaines (100/1 000 000 habitants) que dans les zones métropolitaines (65/1 000 000 habitants), tout comme les hospitalisations (7/100 000 habitants en zone métropolitaine et 10/100 000 habitants en zones non métropolitaines) ⁽²²⁾. Les trois autres études qui examinent les intoxications involontaires ne montrent pas de variation en fonction du continuum rural-urbain ^(9, 12, 21).

Traumatismes attribuables aux chutes

Quelle est l'association entre la position d'une communauté dans le continuum rural-urbain et le risque que sa population subisse un traumatisme associé aux chutes ?

Sept études examinant les liens entre le continuum rural-urbain et les traumatismes attribuables aux chutes ont été répertoriées. La plupart d'entre elles (quatre sur sept) montrent qu'il n'y a pas d'association entre le fait de vivre dans une zone rurale ou moins urbanisée et le risque de subir un traumatisme causé par une chute.

Quatre études qui examinant les traumatismes attribuables aux chutes ne montrent pas de variation dans le continuum rural-urbain ^(9, 11, 12, 14).

Une étude australienne avance que les personnes de tous âges issues des zones rurales ont un risque légèrement accru (SAR = 1,2) d'être hospitalisées suite à une chute comparativement aux personnes qui vivent dans une zone urbaine ⁽¹³⁾. Une autre étude conduite en Angleterre sur la morbidité infantile observe que comparés aux enfants qui vivent dans une zone urbaine autre que Londres, les enfants londoniens sont plus à risque (RR = 1,6) d'être blessés sérieusement suite à une chute ⁽¹⁸⁾.

Au contraire, dans une étude menée aux États-Unis, Karb et ses collaborateurs ⁽¹⁰⁾ montrent que, comparées aux personnes qui vivent dans une grande zone métropolitaine centrale, les personnes de tous âges qui vivent dans une grande périphérie métropolitaine sont relativement protégées contre les chutes mortelles (RR = 0,87).

L'étude d'Edwards et de ses collaborateurs ⁽¹⁸⁾ portant sur les traumatismes infantiles sévères^{xiv} en Angleterre avance que les enfants qui vivent dans un village sont protégés contre les traumatismes associés aux chutes (RR = 0,76) lorsque comparés aux enfants qui vivent dans une zone urbaine autre que Londres.

Traumatismes associés au feu, aux brûlures ou à la fumée

Quelle est l'association entre la position d'une communauté dans le continuum rural-urbain et le risque que sa population subisse un traumatisme associé au feu, aux brûlures ou à la fumée ?

Cinq études examinant les liens entre le continuum rural-urbain et les traumatismes associés au feu, aux brûlures ou à la fumée ont été répertoriées. La plupart d'entre elles (quatre sur cinq) montrent qu'il y a une association entre le fait de vivre dans une zone rurale ou moins urbanisée et le risque de subir un traumatisme lié au feu, aux brûlures ou à la fumée : les populations des zones rurales ou moins urbanisées ont un risque plus élevé de décès ou d'hospitalisation associé aux traumatismes liés au feu, aux brûlures ou à la fumée.

xiv. Les traumatismes sévères sont associés aux diagnostics suivants : fracture du col du fémur, blessures intracrâniennes (excluant les commotions cérébrales), blessures des nerfs et de la moelle épinière au niveau du cou, fractures multiples des côtes, asphyxie, hypothermie.

Une étude portant sur l'ensemble de la population canadienne adulte montre que, comparées aux personnes qui vivent dans une très grande zone urbaine, les personnes qui vivent dans une petite zone urbaine, dans une zone rurale avec une influence urbaine modérée ou faible, et celles vivant dans une zone rurale isolée sans influence urbaine sont entre deux et quatre fois plus à risque de décéder d'un traumatisme associé au feu ou aux brûlures (tableau 12) ⁽⁹⁾.

Tableau 12 Association entre les zones du continuum rural-urbain et les risques de décès par un traumatisme associé au feu ou aux brûlures chez les adultes canadiens, 1991-2001

ZONES DU CONTINUUM RURAL-URBAIN	RISQUES (HR) DE DÉCÈS (IC)**
Très grande zone urbaine	1
Grande zone urbaine	1,10 (0,69–1,75)
Zone urbaine moyenne	0,85 (0,52–1,39)
Petite zone urbaine	1,78* (1,19–2,68)
Zone rurale avec grande influence urbaine	1,17 (0,60–2,27)
Zone rurale avec influence urbaine modérée	2,10* (1,34–3,30)
Zone rurale avec influence urbaine faible	2,49* (1,57–3,95)
Zone rurale isolée sans influence urbaine	4,03* (2,18–7,44)

* Résultats significatifs.

** Variables contrôlées : ajusté en fonction de l'état matrimonial, du niveau de scolarité, du revenu, de la situation d'emploi, du statut de minorité visible, du statut d'immigration, de la région provinciale et de la défavorisation matérielle.

Source : Burrows et collab., 2013 ⁽⁹⁾.

Deux autres études étatsuniennes établissent une tendance similaire ^(10, 11), dont celle de Karb et de ses collaborateurs (tableau 13).

Tableau 13 Association entre les zones du continuum rural-urbain et le risque de décès par un traumatisme associé au feu ou à la fumée chez les Étatsuniens, 1999-2012

ZONES DU CONTINUUM RURAL-URBAIN	RISQUES (HR) DE DÉCÈS
Grande zone métropolitaine centrale	1
Grande périphérie métropolitaine	1,23**
Zone métropolitaine moyenne	1,42*
Petite zone métropolitaine	1,93*
Zone micropolitaine	2,14*
Zone rurale	2,99*

* Résultats significatifs ($p < 0,01$).

** Résultats significatifs ($p < 0,05$).

Source : Karb et collab., 2016 ⁽¹⁰⁾.

Une étude australienne avance que le risque d'être hospitalisé en raison d'un traumatisme associé au feu et aux brûlures est plus élevé (SAR = 2,14) pour les personnes qui vivent dans une zone rurale que pour les personnes qui vivent dans une zone urbaine ⁽¹³⁾.

L'étude de Hong et de ses collaborateurs ⁽¹⁴⁾ ne montre, quant à elle, pas de variation du risque de subir un traumatisme associé au feu selon la position de la communauté dans le continuum rural-urbain.

FICHE 2

LA DÉFAVORISATION MATÉRIELLE D'UN QUARTIER

● DÉFINITION

La défavorisation matérielle fait référence à une combinaison de différents indicateurs, principalement économiques, pouvant être associés aux conditions matérielles des quartiers. Parmi ces indicateurs, on retrouve par exemple le revenu moyen des ménages, la proportion des personnes sans diplôme d'études secondaires, le taux de chômage et le taux d'emploi. La défavorisation matérielle est calculée de manière différente selon les études puisque la combinaison d'indicateurs visant à mesurer la défavorisation matérielle peut varier.

● FAITS SAILLANTS

	Toutes les études montrent une association entre le risque de subir un TNI toutes causes confondues et vivre dans un quartier matériellement défavorisé.	
	Toutes les études montrent une association entre le risque de subir un traumatisme routier et vivre dans un quartier matériellement défavorisé.	
	Toutes les études montrent une association entre le risque de subir une noyade et vivre dans un quartier matériellement défavorisé.	
	Toutes les études montrent une association entre le risque de subir une intoxication involontaire et vivre dans un quartier matériellement défavorisé.	
	La plupart des études montrent une association entre le risque de subir un traumatisme attribuable aux chutes et vivre dans un quartier matériellement défavorisé.	
	La plupart des études montrent une association entre le risque de subir un traumatisme associé au feu, aux brûlures ou à la fumée et vivre dans un quartier matériellement défavorisé.	

FICHE

2

INDICATEURS
TERRITORIAUX

POUR EN SAVOIR PLUS SUR LA DÉFAVORISATION MATÉRIELLE D'UN QUARTIER

Le tableau 14 présente la manière dont les études répertoriées pour cette fiche mesurent la défavorisation matérielle sur un territoire donné en y indiquant les indicateurs utilisés lorsqu'ils sont disponibles.

Tableau 14 Catégories de mesure de la défavorisation matérielle selon les études répertoriées

AUTEURS	CATÉGORIES DE MESURE
Burrows et collab., 2012; 2013	Zones de défavorisation socioéconomique (composé principalement des indicateurs suivants : proportion de personnes sans diplôme d'études secondaires, taux d'emploi et revenu moyen) : 1) Zone plus défavorisée, 2) Deuxième zone plus défavorisée, 3) Zone intermédiaire 4) Deuxième zone moins défavorisée, 5) Zone moins défavorisée.
Edwards et collab., 2008	Déciles de l'index de défavorisation multiple (L' <i>Index of multiple deprivation</i> [IMD]) principalement constitués des indicateurs suivants : revenu, emploi, privation de soins de santé et handicap, scolarité, obstacles au logement et aux services, crime et milieu de vie) : Décile 1 (moins défavorisé) à décile 10 (plus défavorisé).
Gagné et Hamel, 2009	Quintiles de défavorisation matérielle (constitués essentiellement des indicateurs suivants : proportion de personnes sans diplôme d'études secondaires, taux d'emploi et revenu individuel moyen) : Quintile 1 (privilegié) à Quintile 5 (défavorisé).
Karb et collab., 2016	Pauvreté par comté (<i>county poverty</i> , pourcentage de la population vivant sous le seuil de pauvreté, 22 050 \$ US en 2010) : 1) De 0 à < 5 %, 2) De 5 à < 10 %, 3) De 10 à < 15 %, 4) De 15 à < 20 %, 5) \geq 20 %.
Kirkwood et collab., 2017	Quintiles de défavorisation multiple (IMD) : Quintile 1 (plus défavorisé) à quintile 5 (moins défavorisé).
Lawson et collab., 2015	Quintiles de défavorisation matérielle (constitués des indicateurs suivants : proportion de personnes sans diplôme d'études secondaires, taux d'emploi et revenu moyen) : Quintile 1 (moins défavorisé) à quintile 5 (plus défavorisé).
Mbeledogu et collab., 2015	Quintiles de l'index de défavorisation multiple (IMD) : Quintile 1 (plus défavorisé) à quintile 5 (moins défavorisé).
Oliver et Kohen, 2010	Quintiles de revenu du quartier : Quintile 1 (revenu plus bas) à quintile 5 (revenu plus élevé).
Tyrell et collab., 2016a	Quintiles de défavorisation basés sur l'index de défavorisation de Townsend (constitués des indicateurs de proportion de chômage, non-possession d'une voiture, non-proprétaire d'une maison et surpopulation d'un logement) : Quintile 1 (moins défavorisé) à quintile 5 (plus défavorisé).
Tyrell et collab., 2016b	Quintiles de l'index de défavorisation multiple (IMD) : Quintile 1 (plus défavorisé) à quintile 5 (moins défavorisé).
Veras et collab., 2018	Quintiles de facteurs de risque du quartier (constitués des indicateurs suivants : éducation, surpopulation du logement, logement vacant, non-proprétaire, pauvreté, structure des familles, ethnicité, âge des bâtiments) : Quintile 1 (faible risque) à quintile 5 (haut risque).

Description des études

Douze études ont été retenues afin de mieux comprendre la relation entre la défavorisation matérielle et les traumatismes non intentionnels. Ces études présentent des données pour le Canada (n = 5), l'Angleterre (n = 4), les États-Unis (n = 2) et le Royaume-Uni (n = 1). Sept études examinent un ensemble de traumatismes non intentionnels toutes causes confondues; parmi celles-ci, cinq en examinent certains types individuellement. De plus, trois études se penchent exclusivement sur les intoxications, une autre examine uniquement les chutes, et une dernière étudie les traumatismes routiers et les chutes (tableau 15).

La section suivante résume les résultats des études traitant des traumatismes non intentionnels toutes causes confondues. Les résultats au regard de certains types de traumatismes non intentionnels seront par la suite abordés.

Tableau 15 Description des études répertoriées examinant le lien entre la défavorisation matérielle et la survenue de traumatismes non intentionnels

AUTEURS	PAYS	POPULATION ÉTUDIÉE	TYPES DE TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS					
								
Burows et collab., 2012	Canada	Adultes de 25 ans et plus	●	●	●	●	●	●
Burows et collab., 2013	Canada	Adultes de 25 ans et plus	●					
Edwards et collab., 2008	Angleterre	Enfants de 15 ans et moins		●			●	
Gagné et Hamel, 2009	Canada (Québec)	Enfants de 14 ans et moins	●	●		●	●	●
Karb et collab., 2016	États-Unis	Ensemble de la population	●	●	●	●	●	●
Kirkwood et collab., 2017	Angleterre (Oxfordshire)	Ensemble de la population	●	●			●	
Lawson et collab., 2015	Canada (Vancouver)	Adultes de 20 ans et plus	●					
Mbeledogu et collab., 2015	Angleterre	Enfants de 0 à 4 ans				●		
Oliver et Kohen, 2010	Canada	Enfants et adolescents de 19 ans et moins	●	●	●	●	●	●
Tyrrell et collab., 2016a	Royaume-Uni	Adolescents de 10 à 17 ans				●		
Tyrrell et collab., 2016b	Angleterre	Adolescents et jeunes adultes de 10 à 24 ans				●		
Veras et collab., 2018	États-Unis (Rhode Island)	Enfants et adolescents de 17 ans et moins					●	

FICHE

2

INDICATEURS TERRITORIAUX

RÉSULTATS PORTANT SUR DES ENSEMBLES DE TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS TOUTES CAUSES CONFONDUES

Quelle est l'association entre la défavorisation matérielle sur un territoire et le risque de subir un traumatisme non intentionnel ?

Neuf études examinant les liens entre la défavorisation matérielle et un ensemble de traumatismes non intentionnels toutes causes confondues ont été répertoriées. Elles montrent toutes qu'il y a une association entre le fait de vivre dans un quartier où il y a une plus grande défavorisation matérielle et le risque de subir un traumatisme non intentionnel toutes causes confondues. Les taux et les risques de décès, d'hospitalisations ou de consultations aux urgences attribuables aux traumatismes non intentionnels toutes causes confondues sont plus élevés pour les personnes qui vivent dans des quartiers où il y a une plus grande défavorisation matérielle.

Burrows et ses collègues^(8,9), dans deux études portant sur l'ensemble des adultes canadiens, observent que les hommes vivant dans les zones les plus défavorisées d'un point de vue socioéconomique sont plus à risque de décéder d'un traumatisme non intentionnel comparativement à ceux vivant dans les zones les moins défavorisées. Cette association n'est cependant pas observée pour les femmes (tableau 16).

Tableau 16 Association entre les zones de défavorisation socioéconomique et les taux/risques de décès par traumatismes non intentionnels chez les adultes canadiens, 1991-2001

ZONES DE DÉFAVORISATION SOCIOÉCONOMIQUE	HOMMES		FEMMES	
	Taux de décès par 100 000 habitants (IC)**	Risques (HR) de décès (IC)***	Taux de décès par 100 000 habitants (IC)**	Risques (HR) de décès (IC)***
Zone plus défavorisée	60,8 (50,8–63,9)	1,27* (1,15–1,41)	29,2 (27,3–31,3)	1,05 (0,92–1,19)
Deuxième zone plus défavorisée	45,1 (42,6–47,7)	1,04 (0,94–1,15)	27,5 (25,5–29,5)	0,99 (0,88–1,12)
Zone intermédiaire	39,9 (37,5–42,3)	0,98 (0,88–1,08)	23,8 (22,1–25,7)	0,87* (0,77–0,99)
Deuxième zone moins défavorisée	36,8 (34,6–39,2)	0,96 (0,87–1,06)	23,4 (21,7–25,2)	0,90 (0,80–1,02)
Zone moins défavorisée	33,3 (31,2–35,5)	1	24,4 (22,7–26,2)	1

* Résultats significatifs.

** Ajusté en fonction de l'âge.

*** Variables contrôlées : ajusté en fonction de l'état matrimonial, du niveau de scolarité, du revenu, de la situation d'emploi, du statut de minorité visible, du statut d'immigration, de la région provinciale et de la résidence urbaine/rurale.

Sources : Burrows et collab., 2012⁽⁸⁾, Burrows et collab., 2013⁽⁹⁾.

Karb et ses collègues⁽¹⁰⁾, dans une étude portant sur l'ensemble de la population étatsunienne, montrent que plus un comté a un pourcentage important de personnes vivant sous le seuil de la pauvreté, plus sa population risque de décéder d'un traumatisme non intentionnel (tableau 17).

Tableau 17 Association entre la proportion de pauvreté par comté et les taux/risques de décès par traumatismes non intentionnels chez les Étatsuniens, 1999-2012

PROPORTION DE PAUVRETÉ PAR COMTÉ POURCENTAGE DE PERSONNES VIVANT SOUS LE SEUIL DE PAUVRETÉ	DÉCÈS PAR TRAUMATISME NON INTENTIONNEL	
	Taux par 100 000 habitants**	Risques (RR)
De 0 à < 5	24,93	1
De 5 à < 10	32,79	1,27*
De 10 à < 15	37,62	1,44*
De 15 à < 20	39,04	1,56*
≥ 20	44,54	1,72*

* Résultats significatifs ($p < 0,01$).

** Ajusté en fonction de l'âge.

Source : Karb et collab., 2016⁽¹⁰⁾.

Une association similaire a été observée dans les quartiers de la grande région de Vancouver en ce qui concerne les traumatismes non intentionnels sévères^{xv} chez les adultes⁽²³⁾.

Dans une étude menée en Angleterre, à Oxford, sur les consultations aux urgences à la suite de traumatismes non intentionnels pour les personnes de tous âges, Kirkwood et ses collaborateurs⁽²⁴⁾ avancent que plus une personne vit dans un quartier défavorisé, plus cette personne risque de consulter les urgences en raison d'un traumatisme non intentionnel toutes causes confondues. Cette association est valable pour les quatre quintiles les plus défavorisés (tableau 18).

Tableau 18 Association entre la défavorisation matérielle et les risques de consultation aux urgences en raison d'un traumatisme non intentionnel à Oxford, 2012-2014

QUINTILE DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE	RISQUES (IRR) DE CONSULTATION AUX URGENCES (IC)
Quintile 5 (moins défavorisé)	1
Quintile 4	1,10* (1,06–1,14)
Quintile 3	1,24* (1,20–1,29)
Quintile 2	1,27* (1,22–1,32)
Quintile 1 (plus défavorisé)	1,70* (1,63–1,78)

* Résultats significatifs.

Source : Kirkwood et collab., 2017⁽²⁴⁾.

Gagné et Hamel⁽¹⁵⁾ montrent que chez les enfants québécois de 14 ans et moins, le taux d'hospitalisation causé par les traumatismes non intentionnels toutes causes confondues augmente lorsque la défavorisation matérielle augmente. Qu'il s'agisse de traumatismes sévères^{xvi} ou non, le risque est plus élevé pour

xv. Un traumatisme sévère est défini comme un traumatisme entraînant la mort avant l'admission à l'hôpital ou qui est traité dans un des huit centres de traumatologie de la Colombie-Britannique et dont l'indice de gravité des traumatismes (*Injury Severity Score*) est supérieur à 12.

xvi. L'identification d'un traumatisme sévère inclut au minimum l'une des caractéristiques suivantes : hospitalisation de trois jours et plus, admission en soin intensif ou décès lors de l'hospitalisation.

les enfants des quintiles 3 à 5, le cinquième quintile étant le plus défavorisé (tableau 19). Autrement dit, au Québec, plus un enfant vit dans un quartier défavorisé, plus il risque d'être hospitalisé pour un traumatisme non intentionnel.

Tableau 19 Association entre la défavorisation matérielle et les taux/risques d'hospitalisations attribuables aux traumatismes non intentionnels chez les enfants québécois de 14 ans et moins, 2000-2004

QUINTILES DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE	HOSPITALISATIONS ATTRIBUABLES À L'ENSEMBLE DES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS		HOSPITALISATIONS ATTRIBUABLES AUX TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS SÉVÈRES	
	Taux par 100 000 enfants**	Risques (RR) (IC)	Taux par 100 000 enfants**	Risques (RR) (IC)
Quintile 1 (privilegié)	356,6	1	78,8	1
Quintile 2	356	1,00 (0,96–1,04)	85,6	1,09 (0,99–1,19)
Quintile 3	380,7	1,07* (1,02–1,11)	90,6	1,15* (1,05–1,26)
Quintile 4	397,3	1,11* (1,07–1,16)	101,4	1,29* (1,18–1,41)
Quintile 5 (défavorisé)	426,0	1,19* (1,14–1,25)	116,2	1,48* (1,35–1,61)

* Résultats significatifs.

** Ajusté pour l'autre dimension de l'indice (défavorisation sociale), l'âge, le sexe et la zone de résidence.

Source : Gagné et Hamel, 2009⁽¹⁵⁾.

Dans une étude portant sur les enfants et les adolescents canadiens de 19 ans et moins, Oliver et Kohen⁽²⁵⁾ observent que le taux d'hospitalisation pour traumatismes non intentionnels pour cette tranche de la population varie selon le revenu moyen du quartier : il est de 29,9/10 000 pour les quartiers les plus riches et de 32,7/10 000 pour les quartiers les plus pauvres.

RÉSULTATS PORTANT SUR LES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS SELON UNE CAUSE PARTICULIÈRE

Traumatismes routiers

Quelle est l'association entre la défavorisation matérielle sur un territoire et le risque de subir un traumatisme routier ?

.....

Six études examinant les liens entre la défavorisation matérielle et les traumatismes routiers ont été répertoriées. Toutes ces études montrent qu'il y a une association entre le fait de vivre dans un quartier où il y a une plus grande défavorisation matérielle et le risque de subir un traumatisme routier. Les taux et les risques de décès, d'hospitalisations ou de consultations aux urgences attribuables aux traumatismes routiers sont plus élevés pour les personnes qui vivent dans des quartiers où il y a une plus grande défavorisation matérielle.

.....

Dans une étude portant sur les adultes canadiens, Burrows et ses collègues⁽⁸⁾ montrent que les hommes vivant dans les zones les plus défavorisées d'un point de vue socioéconomique sont plus à risque de décéder d'un traumatisme routier, par rapport aux hommes vivant dans les zones les moins défavorisées, alors que pour les femmes, les risques ne changent pas en fonction des zones (tableau 20).

Tableau 20 Association entre les zones de défavorisation socioéconomique et les risques de décès par traumatismes routiers chez les adultes canadiens, 1991-2001

ZONES DE DÉFAVORISATION SOCIOÉCONOMIQUE	RISQUES (HR) DE DÉCÈS PAR TRAUMATISMES ROUTIERS (IC)**	
	Hommes	Femmes
Zone plus défavorisée	1,33* (1,11–1,59)	1,15 (0,90–1,48)
Deuxième zone plus défavorisée	1,03 (0,86–1,22)	1,11 (0,88–1,41)
Zone intermédiaire	1,07 (0,90–1,27)	0,92 (0,72–1,17)
Deuxième zone moins défavorisée	1,09 (0,92–1,29)	0,90 (0,71–1,15)
Zone moins défavorisée	1	1

* Résultats significatifs.

** Variables contrôlées : ajusté en fonction de l'état matrimonial, du niveau de scolarité, du revenu, de la situation d'emploi, du statut de minorité visible, du statut d'immigration, de la région provinciale et de la résidence urbaine/rurale.

Source : Burrows et collab., 2012⁽⁸⁾.

Karb et ses collègues⁽¹⁰⁾, dans une étude menée aux États-Unis portant sur la morbidité, observent que plus un comté compte un pourcentage important de personnes vivant sous le seuil de la pauvreté, plus cette population risque de décéder d'un traumatisme routier (tableau 21). Cette étude a pris en considération l'ensemble de la population.

Tableau 21 Association entre la proportion de pauvreté dans un comté et les risques de décès par traumatismes routiers chez les Étatsuniens, 1999-2012

POURCENTAGE DE PERSONNES VIVANT SOUS LE SEUIL DE PAUVRETÉ	RISQUES (RR) DE DÉCÈS PAR TRAUMATISMES ROUTIERS
De 0 à < 5	1
De 5 à < 10	1,50*
De 10 à < 15	1,76*
De 15 à < 20	2,11*
≥ 20	2,44*

* Résultats significatifs (p < 0,01).

Source : Karb et collab., 2016⁽¹⁰⁾.

Dans une étude menée en Angleterre, à Oxford, sur les consultations aux urgences à la suite de traumatismes routiers pour les personnes de tous âges, les auteurs avancent que plus une personne vit dans un quartier défavorisé, plus cette personne risque de subir un traumatisme routier (tableau 22)⁽²⁴⁾.

FICHE

2

INDICATEURS TERRITORIAUX

Tableau 22 Association entre la défavorisation matérielle et les risques de consultation aux urgences en raison d'un traumatisme routier à Oxford, 2012-2014

QUINTILE DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE	RISQUES (IRR) DE CONSULTATION AUX URGENCES (IC)
Quintile 5 (moins défavorisé)	1
Quintile 4	1,40* (1,22–1,61)
Quintile 3	1,52* (1,31–1,75)
Quintile 2	1,49* (1,27–1,75)
Quintile 1 (plus défavorisé)	1,72* (1,42–2,08)

* Résultats significatifs.
Source : Kirkwood et collab., 2017 ⁽²⁴⁾.

Dans une étude conduite en Angleterre sur les admissions d'enfants à l'hôpital (15 ans et moins) à la suite d'un traumatisme routier, Edwards et ses collaborateurs ⁽¹⁸⁾ montrent que, comparés aux enfants-piétons qui vivent dans les quartiers les moins défavorisés matériellement, les enfants-piétons qui vivent dans un quartier associé aux déciles les plus défavorisés (déciles 4 à 10) sont plus à risque d'être admis à l'hôpital en raison d'un traumatisme routier (RR = 1,80 à 4,08). Il en est de même pour les enfants cyclistes (RR = 1,81 à 3,01). En ce qui concerne les enfants passagers dans un véhicule moteur, seuls les enfants habitant dans une zone du décile le plus défavorisé sont plus à risque d'être admis à l'hôpital en raison d'un traumatisme (RR = 4,78), comparés aux enfants passagers qui vivent sur le territoire le moins défavorisé matériellement.

Gagné et Hamel ⁽¹⁵⁾, dans une étude conduite sur les hospitalisations attribuables aux traumatismes non intentionnels chez les enfants (14 ans et moins) au Québec, arrivent à des conclusions similaires à celles d'Edwards et ses collaborateurs. En examinant les mêmes catégories de traumatismes routiers, Gagné et Hamel constatent que, par rapport aux enfants passagers et piétons vivant dans un quartier appartenant au quintile le plus favorisé matériellement, les enfants vivant dans les quartiers appartenant aux autres quintiles sont plus à risque d'être hospitalisés en raison de traumatismes routiers. Quant aux enfants cyclistes, les auteurs observent que ceux vivant dans un quartier appartenant aux quatrième et cinquième quintiles les plus défavorisés matériellement sont plus à risque de traumatismes, comparés aux enfants cyclistes qui vivent dans un quartier appartenant au quintile le plus favorisé. Pour les traumatismes sévères, cet excès de risque n'est établi que pour les enfants vivant dans un quartier appartenant au cinquième quintile (tableau 23).

Tableau 23 Association entre la défavorisation matérielle et les risques d'hospitalisation attribuable aux traumatismes routiers chez les enfants québécois de 14 ans et moins, 2000-2004

QUINTILES DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE	RISQUES (RR) D'HOSPITALISATIONS ATTRIBUABLES À L'ENSEMBLE DES TRAUMATISMES ROUTIERS (IC)			RISQUES (RR) D'HOSPITALISATIONS ATTRIBUABLES AUX TRAUMATISMES ROUTIERS SÉVÈRES (IC)		
	Enfants passagers	Enfants piétons	Enfants cyclistes	Enfants passagers	Enfants piétons	Enfants cyclistes
Quintile 1 (privilegié)	1	1	1	1	1	1
Quintile 2	1,30 (0,97–1,73)	1,69* (1,21–2,38)	1,03 (0,89–1,20)	1,70* (1,08–2,68)	1,79* (1,08–2,96)	0,91 (0,67–1,24)
Quintile 3	1,43* (1,08–1,89)	2,03* (1,46–2,84)	1,13 (0,97–1,31)	1,39 (0,87–2,23)	2,52* (1,56–4,09)	1,33 (0,99–1,78)
Quintile 4	1,61* (1,22–2,12)	2,34* (1,69–3,24)	1,28* (1,10–1,49)	1,94* (1,24–3,06)	3,26* (2,04–5,21)	1,31 (0,97–1,76)
Quintile 5 (défavorisé)	1,69* (1,28–2,24)	3,62* (2,65–4,95)	1,31* (1,12–1,52)	1,85* (1,16–2,93)	4,67* (2,96–7,38)	1,67* (1,24–2,23)

* Résultats significatifs.
Source : Gagné et Hamel, 2009 ⁽¹⁵⁾.

De même, dans une étude portant sur l'ensemble des enfants et adolescents canadiens de 19 ans et moins, Oliver et Kohen ⁽²⁵⁾ observent que pour ceux âgés de 0 à 9 ans, plus le revenu moyen d'un quartier diminue, plus le taux d'hospitalisation pour traumatismes routiers augmente.

Noyades

Quelle est l'association entre la défavorisation matérielle sur un territoire et le risque de subir une noyade ?

.....

Trois études examinant les liens entre la défavorisation matérielle et les noyades ont été répertoriées. Toutes ces études montrent qu'il y a une association entre le fait de vivre dans un quartier où il y a une plus grande défavorisation matérielle et le risque de subir une noyade. Les taux et les risques de décès ou d'hospitalisation attribuables aux noyades sont plus élevés pour les personnes qui vivent dans un quartier où il y a une plus grande défavorisation matérielle.

.....

Burrows et ses collègues ⁽⁸⁾, dans une étude portant sur l'ensemble des adultes canadiens, observent que les personnes vivant dans les deux zones les plus défavorisées d'un point de vue socioéconomique sont plus à risque de décéder d'une noyade, par rapport à celles vivant dans les zones les moins défavorisées (tableau 24).

FICHE

2

INDICATEURS TERRITORIAUX

Tableau 24 Association entre les zones de défavorisation socioéconomique et les risques de décès par noyades chez les adultes canadiens, 1991-2001

ZONES DE DÉFAVORISATION SOCIOÉCONOMIQUE	RISQUES (HR) DE DÉCÈS PAR NOYADE (IC)**
Zone plus défavorisée	1,79* (1,21–2,65)
Deuxième zone plus défavorisée	1,53* (1,04–2,24)
Zone intermédiaire	1,15 (0,77–1,72)
Deuxième zone moins défavorisée	1,17 (0,78–1,74)
Zone moins défavorisée	1

* Résultats significatifs.

** Variables contrôlées : ajusté en fonction de l'état matrimonial, du niveau de scolarité, du revenu, de la situation d'emploi, du statut de minorité visible, du statut d'immigration, de la région provinciale et de la résidence urbaine/rurale.

Source : Burrows et collab., 2012 ⁽⁸⁾.

Karb et ses collègues ⁽¹⁰⁾, dans une étude menée aux États-Unis sur l'ensemble de la population, montrent que, dans les comtés où 10 % ou plus des personnes vivent sous le seuil de la pauvreté, la population de ces quartiers à un risque accru de décès par noyade (tableau 25).

Tableau 25 Association entre le pourcentage de personnes vivant sous le seuil de la pauvreté dans un comté et les risques de décès par noyade chez les Étatsuniens, 1999-2012

POURCENTAGE DE PERSONNES VIVANT SOUS LE SEUIL DE PAUVRETÉ	RISQUE (RR) DE DÉCÈS
De 0 à < 5	1
De 5 à < 10	1,61
De 10 à < 15	2,08*
De 15 à < 20	2,29*
≥ 20	2,26*

* Résultats significatifs ($p < 0,05$).

Source : Karb et collab., 2016 ⁽¹⁰⁾.

Oliver et Kohen ⁽²⁵⁾, dans une étude portant sur les enfants et les adolescents canadiens de 19 ans et moins, montrent que ceux âgés de 0 à 9 ans vivant dans les quartiers à faible revenu ont des taux d'hospitalisation attribuables aux quasi-noyades et aux suffocations plus élevés.

Intoxications involontaires

Quelle est l'association entre la défavorisation matérielle sur un territoire et le risque d'intoxications involontaires ?

Sept études examinant les liens entre la défavorisation matérielle et les intoxications involontaires ont été repérées. Toutes ces études montrent qu'il y a une association entre le fait de vivre dans un quartier où il y a une plus grande défavorisation matérielle et le risque de subir une intoxication involontaire. Les taux et les risques de décès, d'hospitalisations ou de consultations à l'hôpital attribuables aux intoxications involontaires sont plus élevés pour les personnes qui vivent dans des quartiers où il y a une plus grande défavorisation matérielle.

Dans une étude portant sur l'ensemble des adultes canadiens, Burrows et ses collègues⁽⁸⁾ observent que les personnes vivant dans les zones les plus défavorisées d'un point de vue socioéconomique sont plus à risque de décéder d'une intoxication involontaire par rapport à celles vivant dans les zones les moins défavorisées (tableau 26).

Tableau 26 Association entre les zones de défavorisation socioéconomique et les risques de décès par intoxication involontaire chez les adultes canadiens, 1991-2001

ZONES DE DÉFAVORISATION SOCIOÉCONOMIQUE	RISQUES (HR) DE DÉCÈS (IC)**
Zone plus défavorisée	1,57* (1,19–2,08)
Deuxième zone plus défavorisée	1,24 (0,94–1,65)
Zone intermédiaire	1,09 (0,82–1,45)
Deuxième zone moins défavorisée	1,06 (0,80–1,41)
Zone moins défavorisée	1

* Résultats significatifs.

** Variables contrôlées : ajusté en fonction de l'état matrimonial, du niveau de scolarité, du revenu, de la situation d'emploi, du statut de minorité visible, du statut d'immigration, de la région provinciale et de la résidence urbaine/rurale.

Source : Burrows et collab., 2012⁽⁸⁾.

Karb et ses collègues⁽¹⁰⁾, dans une étude menée aux États-Unis sur l'ensemble de la population, montrent que la population des comtés où 10 % ou plus des personnes vivent sous le seuil de la pauvreté a un risque accru de décès par intoxication involontaire (tableau 27).

Tableau 27 Association entre le pourcentage de personnes vivant sous le seuil de la pauvreté dans un comté et les risques de décès par intoxication involontaire chez les Étatsuniens, 1999-2012

POURCENTAGE DE PERSONNES VIVANT SOUS LE SEUIL DE PAUVRETÉ	RISQUE (RR) DE DÉCÈS
De 0 à < 5	1
De 5 à < 10	1,19
De 10 à < 15	1,51*
De 15 à < 20	1,64**
≥ 20	1,78**

* Résultats significatifs ($p < 0,05$).

** Résultats significatifs ($p < 0,01$).

Source : Karb et collab., 2016⁽¹⁰⁾.

Gagné et Hamel⁽¹⁵⁾, dans une étude portant sur les enfants québécois de 14 ans et moins, montrent que ceux qui vivent dans les quartiers associés aux deux quintiles les plus matériellement défavorisés sont plus à risque d'être hospitalisés pour une intoxication involontaire (RR = 1,40 [Q4] et 1,68 [Q5]) ou une intoxication involontaire sévère (RR = 1,74 [Q4] et 2,05 [Q5]) que ceux qui vivent dans des quartiers associés au quintile le moins défavorisé.

Oliver et Kohen⁽²⁵⁾, dans une étude menée chez les enfants et les adolescents canadiens de 19 ans et moins, montrent que plus le revenu moyen d'un quartier diminue, plus le taux d'hospitalisation pour intoxication involontaire augmente chez ce groupe d'âge.

Dans une étude menée en Angleterre par Tyrrell et ses collègues⁽²⁶⁾ sur la mortalité et la morbidité (admission à l'hôpital ou à l'urgence et visites en clinique) par intoxication chez les adolescents âgés de 10 à 17 ans, les auteurs observent que ceux qui vivent dans des quartiers associés aux trois quintiles les plus pauvres sont plus à risque de subir une intoxication involontaire que ceux qui vivent dans les quartiers associés au quintile le moins défavorisé (tableau 28).

Tableau 28 Association entre la défavorisation matérielle et les risques de mortalité et de morbidité attribuables aux intoxications involontaires chez les adolescents anglais de 10 à 17 ans, 1992-2012

QUINTILES DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE	RISQUES (IRR) DE MORTALITÉ ET DE MORBIDITÉ (IC)**
Quintile 1 (privilegié)	1
Quintile 2	1,20 (0,93–1,56)
Quintile 3	1,59* (1,25–2,03)
Quintile 4	1,83* (1,43–2,33)
Quintile 5 (défavorisé)	2,25* (1,75–2,91)

* Résultats significatifs.

** Ajusté pour l'âge, le sexe et la période de l'année.

Source : Tyrrell et collab., 2016a⁽²⁶⁾.

Tyrrell et ses collaborateurs⁽²⁷⁾, dans une étude similaire conduite en Angleterre chez les personnes âgées de 10 à 24 ans, observent des résultats similaires (tableau 29).

Tableau 29 Association entre la défavorisation matérielle et les risques de mortalité et de morbidité attribuables aux intoxications involontaires chez les adolescents et les jeunes adultes anglais de 10 à 24 ans, 1998-2014

QUINTILE DE DÉFAVORISATION MATÉRIELLE	RISQUES (IRR) DE MORTALITÉ ET DE MORBIDITÉ (IC)**
Quintile 1 (moins défavorisé)	1
Quintile 2	1,20* (1,01–1,42)
Quintile 3	1,25* (1,05–1,48)
Quintile 4	1,51* (1,28–1,78)
Quintile 5 (plus défavorisé)	1,55* (1,31–1,83)

* Résultats significatifs.

** Ajusté pour l'âge, le sexe et l'emplacement en Angleterre.

Source : Tyrrell et collab., 2016b⁽²⁷⁾.

Dans une étude menée en Angleterre chez les enfants de 0 à 4 ans, Mbeledogu et ses collègues⁽²⁸⁾ montrent que les enfants qui vivent dans un quartier associé au quintile le plus défavorisé sont plus à risque d'être admis à l'hôpital pour une intoxication involontaire (RR = 1,54) que les enfants vivant dans des quartiers du quintile le plus favorisé.

Traumatismes attribuables aux chutes

Quelle est l'association entre la défavorisation matérielle sur un territoire et le risque de subir un traumatisme associé aux chutes ?

Sept études examinant les liens entre la défavorisation matérielle et les traumatismes attribuables aux chutes ont été répertoriées. La plupart d'entre elles (quatre sur sept) montrent qu'il y a une association entre le fait de vivre dans un quartier où il y a une plus grande défavorisation matérielle et le risque de subir un traumatisme attribuable aux chutes. Les risques de décès, d'hospitalisations ou de consultations à l'hôpital attribuables aux chutes sont plus élevés pour les personnes qui vivent dans des quartiers où il y a une plus grande défavorisation matérielle.

Dans une étude menée en Angleterre, à Oxford, sur les consultations aux urgences à la suite de traumatismes non intentionnels pour les personnes de tous âges, Kirkwood et ses collaborateurs⁽²⁴⁾ avancent que plus une personne vit dans un quartier défavorisé, plus cette personne risque de consulter les urgences à la suite d'une chute.

Gagné et Hamel⁽¹⁵⁾ avancent que les enfants et adolescents de 19 ans et moins vivant dans un quartier associé au quintile de défavorisation matérielle le plus élevé ont un risque plus important de traumatisme non intentionnel sévère associé à une chute (RR = 1,21) que ceux qui vivent dans un quartier associé au quintile le plus favorisé. Aussi, Veras et ses collègues⁽²⁹⁾, dans une étude chez les enfants et adolescents étatsuniens du Rhode Island de 17 ans et moins, avancent que ceux vivant dans un quartier associé au quintile le plus défavorisé ont plus de risque de visiter les urgences en raison d'une chute que ceux vivant dans un quartier associé au quintile le plus favorisé.

Dans une étude portant sur les enfants et les adolescents de l'ensemble du Canada de 19 ans et moins, Oliver et Kohen⁽²⁵⁾ observent que plus le revenu moyen d'un quartier diminue, plus le taux d'hospitalisation à la suite d'une chute augmente, mais seulement pour les enfants âgés de 0 à 9 ans. Les adolescents de 10 à 19 ans ont, quant à eux, un taux d'hospitalisation attribuable aux chutes moins élevé dans les quartiers associés à un revenu moyen plus faible, lorsque comparés aux adolescents des quartiers plus riches.

Les trois autres études qui examinent les traumatismes attribuables aux chutes ne montrent pas de variation selon la défavorisation matérielle d'un territoire^(8, 10, 18).

Traumatismes associés au feu, aux brûlures ou à la fumée

Quelle est l'association entre la défavorisation matérielle sur un territoire et le risque de subir un traumatisme associé au feu, aux brûlures ou à la fumée ?

Quatre études examinant les liens entre la défavorisation matérielle et les traumatismes associés au feu, aux brûlures ou à la fumée ont été répertoriées. La plupart d'entre elles (trois sur quatre) montrent qu'il y a une association entre le fait de vivre dans un quartier où il y a une plus grande défavorisation matérielle et le risque de subir un traumatisme lié au feu, aux brûlures ou à la fumée. Les taux ou les risques de décès ou d'hospitalisations associés à ces traumatismes sont plus élevés pour les personnes qui vivent dans des quartiers où il y a une plus grande défavorisation matérielle.

Dans une étude menée aux États-Unis sur l'ensemble de la population, Karb et ses collègues⁽¹⁰⁾ montrent qu'il existe une association entre le fait de vivre dans un comté où 15 % ou plus des personnes vivent sous le seuil de la pauvreté et le risque de décéder d'un traumatisme attribuable au feu ou à la fumée (tableau 30).

Tableau 30 Association entre le pourcentage de personnes vivant sous le seuil de la pauvreté dans un comté et les risques de décès par traumatismes attribuables au feu ou à la fumée chez les Étatsuniens, 1999-2012

POURCENTAGE DE PERSONNES VIVANT SOUS LE SEUIL DE PAUVRETÉ	RISQUES (RR) DE DÉCÈS
De 0 à < 5	1
De 5 à < 10	1,79
De 10 à < 15	2,17
De 15 à < 20	2,73*
≥ 20	3,65*

* Résultats significatifs ($p < 0,05$).
Source : Karb et collab., 2016⁽¹⁰⁾.

Dans une étude portant sur l'ensemble des enfants québécois de 14 ans et moins, Gagné et Hamel⁽¹⁵⁾ montrent que ceux qui vivent dans les quartiers associés aux deux quintiles les plus matériellement défavorisés sont plus à risque d'être hospitalisés en raison d'un traumatisme associé au feu et aux brûlures (RR = 1,46 [Q4] et 2,05 [Q5]) et de subir un traumatisme sévère associé au feu et aux brûlures (RR = 1,45 [Q4] et 1,93 [Q5]) que ceux qui vivent dans des quartiers associés au quintile le moins défavorisé.

De même, dans une étude portant sur l'ensemble des enfants et les adolescents canadiens de 19 ans et moins, Oliver et Kohen⁽²⁵⁾ observent que plus le revenu moyen d'un quartier diminue, plus le taux d'hospitalisation pour traumatismes associés au feu, aux brûlures ou à la fumée augmente chez ce groupe d'âge.

L'étude de Burrows et de ses collègues⁽⁸⁾ ne montre, quant à elle, pas de variation du risque de subir un traumatisme attribuable au feu selon la défavorisation matérielle d'un territoire.

SECTION 2

INDICATEURS INDIVIDUELS

FICHE 3 LE REVENU

● DÉFINITION

Le revenu fait référence au montant perçu par une personne ou par un ménage et peut provenir de multiples sources comme un salaire, une rémunération, une commission, un honoraire, des intérêts, des dividendes ou des rentes. Il est calculé en fonction d'une unité temporelle régulière qui est, selon les études, annuelle, mensuelle ou hebdomadaire. Il est divisé en différentes catégories de revenus auxquelles une personne ou un ménage appartient. La division la plus simple comprend deux catégories de revenu, alors que la plus complexe en comprend six.

● FAITS SAILLANTS



Les résultats présentés dans cette fiche doivent être interprétés avec prudence considérant le faible nombre d'études répertoriées (n = 4). Il est par conséquent difficile de conclure à une relation entre le niveau de revenu et le risque de traumatismes non intentionnels.



Toutes les études montrent une association entre le risque de subir un TNI toutes causes confondues et un faible revenu.



Toutes les études montrent une association entre le risque de subir un traumatisme routier et un faible revenu.



Les études sont partagées quant à l'association entre le risque de subir une noyade et un faible revenu.



Toutes les études montrent une association entre le risque de subir une intoxication involontaire et un faible revenu.



La plupart des études montrent une association entre le risque de subir un traumatisme attribuable aux chutes et un faible revenu.



Les études sont partagées quant à l'association entre le risque de subir un traumatisme associé au feu, aux brûlures ou à la fumée et un faible revenu.



FICHE

3

INDICATEURS
INDIVIDUELS

POUR EN SAVOIR PLUS SUR LE REVENU

Le tableau 31 présente la manière dont les études répertoriées classent les catégories de revenu des personnes ou des ménages.

Tableau 31 Catégories de mesure du revenu selon les études répertoriées

AUTEURS	CATÉGORIES DE MESURE DU REVENU
Bergen et collab., 2016	Revenu annuel par ménage en \$ US : 1) < 15 000; 2) 15 000–24 999; 3) 25 000–34 999; 4) 35 000–49 999; 5) 50 000–74 999; 6) ≥ 75 000.
Burrows et collab., 2012, 2013	Quintiles d'adéquation des revenus des ménages : Quintile 1 (plus pauvre) à Quintile 5 (plus riche).
Denney et collab., 2014	Terciles de revenu des ménages : 1) Tierce plus faible, 2) Tierce moyen, 3) Tierce plus haut.

Description des études

Quatre études sont retenues afin de mieux comprendre la relation entre le revenu et les traumatismes non intentionnels. Elles présentent des données pour le Canada (n = 2) et les États-Unis (n = 2). Trois études évaluent un ensemble de traumatismes non intentionnels toutes causes confondues; de celles-ci, deux en examinent aussi certains types individuellement. Une autre étude porte uniquement sur les chutes (tableau 32). La section suivante résume les résultats des études traitant des traumatismes non intentionnels toutes causes confondues. Les résultats au regard de certains types particuliers de traumatismes non intentionnels seront par la suite abordés.

Tableau 32 Description des études répertoriées examinant le lien entre le revenu et la survenue de traumatismes non intentionnels

AUTEURS	PAYS	POPULATION ÉTUDIÉE	TYPES DE TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS					
								
Bergen et collab., 2016	États-Unis	Adultes de 65 ans et plus					•	
Burrows et collab., 2012	Canada	Adultes de 25 ans et plus	•					
Burrows et collab., 2013	Canada	Adultes de 25 ans et plus	•	•	•	•	•	•
Denney et collab., 2014	États-Unis	Adultes de 18 ans et plus	•	•	•	•	•	•

RÉSULTATS PORTANT SUR DES ENSEMBLES DE TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS TOUTES CAUSES CONFONDUES

Quelle est l'association entre les niveaux de revenu et le risque de subir un traumatisme non intentionnel ?

Trois études examinant les liens entre le revenu et un ensemble de traumatismes non intentionnels toutes causes confondues ont été repérées. Toutes ces études montrent qu'il y a une association entre un faible revenu et le risque de subir un traumatisme non intentionnel toutes causes confondues. Les taux et les risques de décès associés à ces traumatismes sont plus élevés pour les personnes qui ont un revenu plus faible.

Burrows et ses collègues ^(8,9) observent que, chez les adultes canadiens, le taux de décès par traumatismes non intentionnels augmente lorsque le revenu diminue. Le risque de subir un de ces traumatismes ne serait cependant pas plus élevé que pour le quintile le plus pauvre, et ce, autant pour les hommes que pour les femmes comparativement aux personnes du quintile le plus riche (tableau 33).

Tableau 33 Association entre les quintiles d'adéquation des revenus et les taux/risques de décès par traumatismes non intentionnels chez les adultes canadiens, 1991-2011

QUINTILES D'ADÉQUATION DES REVENUS	HOMMES		FEMMES	
	Taux de décès par 100 000 habitants (IC)**	Risques (HR) de décès (IC)***	Taux de décès par 100 000 habitants (IC)**	Risques (HR) de décès (IC)***
Quintile 1 (plus pauvre)	64,1 (60,6–67,8)	1,27* (1,16–1,40)	35,1 (32,9–37,4)	1,37* (1,20–1,56)
Quintile 2	45,1 (42,6–47,8)	1,02 (0,93–1,12)	24,7 (22,9–26,6)	1,10 (0,96–1,25)
Quintile 3	39,4 (37,2–41,8)	0,92 (0,84–1,01)	22,6 (20,9–24,4)	0,97 (0,84–1,11)
Quintile 4	41,0 (38,8–43,4)	0,96 (0,87–1,05)	24,4 (22,7–26,3)	1,04 (0,91–1,20)
Quintile 5 (plus riche)	38,4 (36,3–40,7)	1	23,0 (21,3–24,8)	1

* Résultats significatifs.

** Ajusté en fonction de l'âge.

*** Ajusté en fonction de l'état matrimonial, du niveau de scolarité, de la situation d'emploi, du statut de minorité visible, du statut d'immigration, de la région provinciale, de la résidence urbaine/rurale et de la défavorisation matérielle.

Sources : Burrows et collab., 2012 ⁽⁸⁾, Burrows et collab., 2013 ⁽⁹⁾.

Une étude étatsunienne, Deney et He ⁽¹¹⁾, montre aussi que les adultes appartenant aux terciles de revenu le moins élevé sont plus à risque de décéder d'un ensemble de traumatismes non intentionnels toutes causes confondues que les personnes provenant des ménages les plus riches (tableau 34).

FICHE

3

INDICATEURS INDIVIDUELS

Tableau 34 Association entre les terciles de revenus des ménages et les risques de décès par traumatismes non intentionnels chez les adultes étatsuniens, 1986-2006

TERCILES DE REVENU DES MÉNAGES	RISQUES (HR) DE DÉCÈS
Tierce plus haut	1
Tierce moyen	1,07
Tierce plus faible	1,24*

* Résultats significatifs ($p < .01$).
Source : Denney et He, 2014⁽¹¹⁾.

RÉSULTATS PORTANT SUR LES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS SELON UNE CAUSE PARTICULIÈRE

Traumatismes routiers

Quelle est l'association entre les niveaux de revenu et le risque de subir un traumatisme routier ?

Seulement deux études portant sur les liens entre le revenu et les traumatismes routiers ont été répertoriées. Elles montrent toutes deux qu'il y a une association entre un faible revenu et le risque de subir un traumatisme routier : un faible revenu est associé à un risque accru de mortalité par décès pour une partie de la population.

L'étude de Burrows et ses collègues⁽⁸⁾ observe que les hommes adultes des quintiles 3 et 4, comparés aux hommes du quintile 5, sont protégés contre les décès par traumatismes routiers. Alors que chez les femmes, ce sont celles des quintiles 1 et 2 qui ont un risque accru de mortalité associé aux traumatismes routiers comparativement à celles du quintile le plus riche (tableau 35).

Tableau 35 Association entre les quintiles d'adéquation des revenus et les risques de décès par traumatismes routiers chez les adultes canadiens, 1991-2001

QUINTILES D'ADÉQUATION DES REVENUS	RISQUES (HR) DE DÉCÈS (IC)**	
	Hommes	Femmes
Quintile 1 (plus pauvre)	1,11 (0,95–1,30)	1,44* (1,12–1,84)
Quintile 2	0,96 (0,83–1,11)	1,29* (1,01–1,64)
Quintile 3	0,78* (0,67–0,91)	1,14 (0,89–1,44)
Quintile 4	0,85* (0,73–0,98)	1,17 (0,93–1,48)
Quintile 5 (plus riche)	1	1

* Résultats significatifs.

** Ajusté en fonction de l'état matrimonial, du niveau de scolarité, de la situation d'emploi, du statut de minorité visible, du statut d'immigration, de la région provinciale, de la résidence urbaine/rurale et de la défavorisation matérielle.

Source : Burrows et collab., 2012⁽⁸⁾.

Aux États-Unis, Deney et He⁽¹¹⁾ montrent que, dans la population adulte, les personnes situées dans le tercile de revenu annuel le plus pauvre sont plus à risque de décéder d'un traumatisme routier (HR = 1,23) que celles situées dans le tercile le plus riche.

Noyades

Quelle est l'association entre les niveaux de revenu et le risque de subir une noyade ?

Seulement deux études examinant les liens entre le revenu et les noyades ont été répertoriées. Celles-ci sont partagées quant à l'association entre le risque de subir une noyade et le niveau de revenu. Une d'entre elles identifie une association entre un risque de décès par noyade plus élevé pour les personnes ayant un faible revenu.

Dans une étude menée au Canada, Burrows et ses collègues⁽⁸⁾ montrent que les adultes canadiens situés dans le quintile le plus pauvre ont un risque accru de mortalité associé à une noyade comparativement aux personnes du quintile le plus riche (HR = 1,63). L'étude de Deney et He⁽¹¹⁾ n'observe aucune association.

Intoxications involontaires

Quelle est l'association entre les niveaux de revenu et le risque de subir une intoxication involontaire ?

Seulement deux études portant sur les liens entre le revenu et les intoxications involontaires ont été répertoriées. Elles montrent toutes deux qu'il y a une association entre un faible revenu et le risque de subir une intoxication involontaire. Elles rapportent qu'un faible revenu est associé à un risque accru de mortalité par intoxication involontaire.

Burrows et ses collègues⁽⁸⁾, dans une étude portant sur l'ensemble des adultes canadiens, observent que les personnes issues du quintile le plus pauvre ont un risque accru de mortalité (HR = 2,24) associé aux intoxications involontaires que les personnes du quintile le plus riche. Dans une étude portant sur les adultes étatsuniens, Deney et He⁽¹¹⁾ obtiennent des résultats similaires. Comparativement aux personnes du tercile le plus riche, les personnes issues du tercile moyen (HR = 1,35) et du tercile le plus pauvre (HR = 1,40) sont plus à risque de décéder d'une intoxication involontaire.

Traumatismes attribuables aux chutes

Quelle est l'association entre les niveaux de revenu et le risque de subir un traumatisme à la suite d'une chute ?

.....

Trois études examinant les liens entre le revenu et les traumatismes attribuables aux chutes ont été répertoriées. La plupart d'entre elles (deux sur trois) montrent qu'il y a une association entre un faible revenu et le risque de subir un traumatisme lié aux chutes : moins le revenu d'une personne est élevé, plus son risque de subir un traumatisme suite à une chute nécessitant une hospitalisation ou entraînant un décès augmente.

.....

Dans une étude canadienne menée par Burrows et ses collègues⁽⁸⁾, il est établi que les personnes issues du quintile le plus pauvre ont un risque accru de mortalité (HR = 1,22) associé à un traumatisme attribuable à une chute, lorsque comparées aux personnes du quintile le plus riche. Dans une étude étatsunienne portant sur les personnes de 65 ans et plus, Bergen et ses collègues⁽³⁰⁾ montrent que plus le revenu annuel par ménage diminue, plus le taux de traumatismes non mortels à la suite d'une chute augmente. Il est, par exemple, de 119/1 000 habitants pour le niveau de salaire supérieur ou égal à 75 000 \$ US alors qu'il est de 277/1 000 habitants pour le niveau de salaire inférieur à 15 000 \$ US.

Contrairement à ces deux études, celle menée par Deney et He⁽¹¹⁾ portant sur les adultes étatsuniens n'observe aucun lien significatif entre le niveau de revenu et les traumatismes mortels à la suite d'une chute.

Traumatismes associés au feu, aux brûlures ou à la fumée

Quelle est l'association entre les niveaux de revenu et le risque de subir un traumatisme associé au feu, aux brûlures ou à la fumée ?

.....

Seulement deux études examinant les liens entre le revenu et les traumatismes associés au feu, aux brûlures ou à la fumée ont été répertoriées. Celles-ci sont partagées quant à l'association entre le revenu et le risque de subir un de ces traumatismes. Une d'entre elles identifie une association entre un faible revenu et le risque de décès par le feu et par brûlure.

.....

Burrows et ses collègues⁽⁸⁾, dans une étude portant sur la population canadienne adulte, montrent que les personnes qui se trouvent dans les quintiles 2 (HR = 1,90) et 1 (HR = 2,78), soit les deux quintiles les plus pauvres, ont un risque accru de décès par feu ou par brûlure. Par contre, une étude étatsunienne menée par Deney et He⁽¹¹⁾ portant sur les adultes ne montre aucune association entre le niveau de revenu et les traumatismes associés au feu ou à la fumée.

FICHE 4

LE STATUT D'EMPLOI ET L'OCCUPATION

● DÉFINITION

Le statut d'emploi et l'occupation font référence aux activités économiques principales des personnes dans la dernière année. Lorsqu'il est question du **statut d'emploi**, les auteurs font généralement référence à trois catégories : 1) les personnes employées, 2) les personnes sans emploi, à la recherche d'emploi et donc possiblement au chômage et 3) les personnes qui ne font pas partie de la population active (celles qui ne sont pas à la recherche d'emploi, celles qui, par exemple, sont retraitées, bénéficient de l'aide sociale ou de toutes autres allocations similaires). Lorsqu'il est question de **l'occupation** des personnes, il s'agit plus spécifiquement du métier pratiqué. Selon les études, l'identification de ce métier peut être plus ou moins précise. Cela est parfois simplement divisé en trois groupes d'occupations : 1) les personnes qui occupent un métier non manuel, 2) les personnes qui occupent un métier manuel et 3) les personnes sans métier ou sans occupation. Certaines études différencient davantage les occupations. Cela peut par exemple aller jusqu'à cinq différentes catégories d'occupation : 1) professionnel, 2) administration, 3) service, 4) agriculture et 5) réparation. Ces indicateurs sont mesurés et classifiés différemment selon les études.

● FAITS SAILLANTS



Certains des résultats présentés dans cette fiche doivent être interprétés avec prudence considérant le faible nombre d'études répertoriées. Il est par conséquent difficile de conclure à une relation entre le statut d'emploi et l'occupation et le risque des traumatismes associés aux noyades ($n = 3$), aux intoxications involontaires ($n = 2$) et au feu, aux brûlures ou à la fumée ($n = 3$).



Toutes les études montrent une association entre le risque de subir un TNI toutes causes confondues et les catégories « sans emploi », « occupation manuelle » ou « non qualifié ».



Les études sont partagées quant à l'association entre le risque de subir un traumatisme routier et les catégories « sans emploi », « occupation manuelle » ou « non qualifié ».



La plupart des études montrent une association entre le risque de subir une noyade et les catégories « sans emploi », « occupation manuelle » ou « non qualifié ».



Toutes les études montrent une association entre le risque de subir une intoxication involontaire et les catégories « sans emploi », « occupation manuelle » ou « non qualifié ».



Les études sont partagées quant à l'association entre le risque de subir un traumatisme attribuable aux chutes et les catégories « sans emploi », « occupation manuelle » ou « non qualifié ».



La plupart des études ne montrent pas d'association entre le risque de subir un traumatisme associé au feu, aux brûlures ou à la fumée et le statut d'emploi ou l'occupation



FICHE

4

INDICATEURS
INDIVIDUELS

POUR EN SAVOIR PLUS SUR LE STATUT D'EMPLOI ET L'OCCUPATION

Le tableau 36 présente la manière dont les études répertoriées pour cette fiche classent les catégories de mesure du statut d'emploi et de l'occupation.

Tableau 36 Catégories de mesure du statut d'emploi et de l'occupation selon les études répertoriées

AUTEURS	CATÉGORIES DE MESURE DU STATUT D'EMPLOI ET DE L'OCCUPATION
Burrows et collab., 2012	Catégories d'occupation : 1) Professionnel/gestionnaire, 2) Qualifiée/technique/surveillant, 3) Semi-qualifiée, 4) Non-qualifiée, 5) Sans occupation.
Burrows et collab., 2013	Statut d'emploi : 1) Employé, 2) Sans-emploi, 3) Pas dans la population active.
Denney et He, 2014	Statut d'emploi : 1) Employé, 2) Sans-emploi, 3) Pas dans la population active.
Hong et collab., 2010	Statut d'emploi de la mère : 1) Employée non manuelle, 2) Employée manuelle, 3) Sans emploi. Statut d'emploi du père : 1) Employé non manuel, 2) Employé manuel, 3) Sans emploi. Occupation du père : 1) Service, 2) Professionnel, 3) Administration, 4) Fermier, 5) Technicien.
Pearce et collab., 2011	Classification socioprofessionnelle (NS-SEC, <i>National Statistics Socio-economic Classification</i>) : 1) Gestionnaire et professionnel, 2) Intermédiaire, 3) Routinier et manuel.
Remes et Martikainen, 2015	Activité économique principale pour les hommes : 1) Employé, 2) Sans emploi, 3) Étudiant, 4) Autre/inconnue. Activité économique principale pour les femmes : 1) Employée, 2) Sans emploi, 3) Étudiante, 4) Prenant soin des enfants au domicile, 5) Autre/inconnue.

Description des études

Six études sont retenues pour cette fiche afin de mieux comprendre la relation entre le statut d'emploi ou l'occupation d'une personne et les traumatismes non intentionnels. Ces études sont réalisées au Canada (n = 2), aux États-Unis (n = 1), en Grande-Bretagne (n = 1), en Finlande (n = 1) et en Corée du Sud (n = 1). Les six études examinent un ensemble de traumatismes non intentionnels toutes causes confondues. Parmi celles-ci, quatre se penchent aussi sur certains traumatismes non intentionnels pris individuellement (tableau 37). La section suivante résume les résultats des études traitant des traumatismes non intentionnels toutes causes confondues. Les résultats au regard de certains types de traumatismes non intentionnels seront par la suite abordés.

Tableau 37 Description des études répertoriées examinant le statut d'emploi et l'occupation et la survenue de traumatismes non intentionnels

AUTEURS	PAYS	POPULATION ÉTUDIÉE	TYPES DE TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS					
								
Burrows et collab., 2012	Canada	Adultes de 25 ans et plus	●	●	●	●	●	●
Burrows et collab., 2013	Canada	Adultes de 25 ans et plus	●					
Denney et He, 2014	États-Unis	Adultes de 18 ans et plus	●	●	●	●	●	●
Hong et collab., 2010	Corée du Sud	Enfants de 8 ans et moins	●	●	●		●	●
Pearce et collab., 2011	Angleterre	Enfants de 9 mois à 3 ans	●					
Remes et Martikainen, 2015	Finlande	Jeunes adultes de 17 à 29 ans	●	●			●	

RÉSULTATS PORTANT SUR DES ENSEMBLES DE TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS TOUTES CAUSES CONFONDUES

Quelle est l'association entre certains statuts d'emploi ou catégories d'occupations et le risque de subir un traumatisme non intentionnel ?

Six études examinant les liens entre le statut d'emploi ou l'occupation et un ensemble de traumatismes non intentionnels toutes causes confondues ont été répertoriées. Elles montrent toutes qu'il y a une association entre certaines catégories d'emploi ou d'occupation (« sans emploi », « occupation manuelle » ou « non qualifié ») et le risque de subir un traumatisme non intentionnel toutes causes confondues. Les taux et les risques de décès ou de consultations à l'hôpital sont plus élevés pour les personnes – ainsi que pour leurs enfants – qui se trouvent dans les catégories « sans-emploi », « occupation manuelle » et « non qualifié ».

Dans une étude menée par Burrows et ses collaborateurs ⁽⁸⁾ portant sur les adultes canadiens, les taux de mortalité associés aux traumatismes non intentionnels varient chez les hommes et les femmes selon leur **occupation**. Ces taux tendent à être plus élevés pour les personnes qui appartiennent aux catégories de travailleurs non qualifiés et sans occupation. D'ailleurs, comme les auteurs l'avancent, les risques de décès sont accrus pour les hommes et les femmes des catégories autres que « professionnel/gestionnaire », à l'exception des femmes de la catégorie « qualifié/technique/surveillant » (tableau 38).

FICHE
4
INDICATEURS INDIVIDUELS

Tableau 38 Association entre les catégories d'occupations et les taux/risques de décès par traumatismes non intentionnels chez les adultes canadiens, 1991-2001

CATÉGORIES D'OCCUPATIONS	HOMMES		FEMMES	
	Taux de décès par 100 000 habitants (IC)**	Risques (HR) de décès (IC)***	Taux de décès par 100 000 habitants (IC)**	Risques (HR) de décès (IC)***
Professionnel/gestionnaire	28,5 (26,7–30,5)	1	27,6 (25,6–29,8)	1
Qualifié/technique/surveillant	43,4 (41,4–45,5)	1,38* (1,24–1,54)	20,5 (18,9–29,8)	1,17 (0,96–1,44)
Semi-qualifié	42,4 (40,2–44,8)	1,37* (1,22–1,54)	26,6 (25,1–28,8)	1,26* (1,04–1,53)
Non qualifié	48,9 (45,1–53,1)	1,63* (1,43–1,86)	25,9 (23,0–29,2)	1,53* (1,21–1,95)
Sans occupation	81,2 (77,4–85,2)	1,92* (1,69–2,17)	31,3 (29,7–33,1)	1,94* (1,60–2,35)

* Résultats significatifs.

** Ajusté en fonction de l'âge.

*** Ajusté en fonction de l'état matrimonial, du niveau de scolarité, du revenu, du statut de minorité visible, du statut d'immigration, de la région provinciale, de la résidence urbaine/rurale et de la défavorisation matérielle.

Source : Burrows et collab., 2012 ⁽⁸⁾.

Dans une autre publication de Burrows et ses collègues ⁽⁹⁾, les auteurs montrent que les décès par traumatismes non intentionnels varient selon le **statut d'emploi**. Chez les hommes, les taux de mortalité associés aux traumatismes non intentionnels sont de 39,2/100 000 dans la catégorie « employé », de 59,4/100 000 dans la catégorie « sans emploi » et de 73,8/100 000 dans la catégorie « pas dans la population active ». Ces taux varient aussi chez les femmes : il est de 23,4/100 000 dans la catégorie « employé », de 36,2/100 000 dans la catégorie « sans emploi » et de 30/100 000 dans la catégorie « pas dans la population active ».

Aux États-Unis, dans une étude portant sur les décès d'adultes, Denney et He ⁽¹¹⁾ montrent que la mortalité par traumatismes non intentionnels varie selon le **statut d'emploi**. Les auteurs observent que les individus sans emploi (HR = 1,49) et ceux qui ne sont pas dans la population active (HR = 1,28) sont plus à risque de décéder d'un traumatisme non intentionnel que les individus employés.

Dans une étude conduite en Corée du Sud, Hong et ses collaborateurs ⁽¹⁴⁾ s'intéressent au lien entre la mortalité infantile chez les 8 ans et moins attribuable aux traumatismes non intentionnels et l'**occupation** ainsi que le **statut d'emploi** des parents. Les auteurs avancent que les enfants dont le père est employé et pratique un métier manuel sont plus à risque de décéder d'un traumatisme non intentionnel que les enfants dont le père est sans emploi ou occupe un emploi non manuel. En ce qui concerne l'**occupation** plus spécifique des parents, les auteurs montrent que les enfants – surtout les filles – dont le père est fermier sont plus à risque de décéder d'un traumatisme non intentionnel que les enfants dont le père travaille dans les services. Les enfants dont le père travaille dans les domaines administratifs sont moins à risque de décéder d'un traumatisme non intentionnel par rapport aux enfants dont le père travaille dans les services. Ces variations sont principalement observées chez les enfants de 1 à 4 ans. Dans cette tranche d'âge, comparés aux enfants dont les parents ont un travail non manuel et occupent un poste dans le domaine des services, les auteurs avancent que les enfants dont le père – surtout les fermiers – et la mère ont un travail manuel sont plus à risque de décéder que ceux dont le père a un travail administratif (tableau 39).

Tableau 39 Association entre l'occupation et le statut d'emploi des parents et les risques de décès par traumatismes non intentionnels chez les enfants coréens de 8 ans et moins, 1995-2004

OCCUPATION ET STATUT D'EMPLOI DES PARENTS	GARÇONS	FILLES	G/F	G/F SELON GROUPE D'ÂGE		
	Risques (HR) de décès**			< 1 an	1-4 ans	5-8 ans
	Risques (HR) de décès***					
Statut d'emploi du père : employé non manuel	1	1	1	1	1	1
Statut d'emploi du père : employé manuel	1,12*	1,09	1,11*	0,90	1,21*	1,10
Statut d'emploi du père : sans emploi	1,02	0,98	1,00	1,04	0,91	1,16
Occupation du père : service	1	1	1	1	1	1
Occupation du père : professionnel	0,93	1,06	1,00	1,35	0,82	1,05
Occupation du père : administration	0,86	0,93	0,89*	1,04	0,82*	0,93
Occupation du père : fermier	1,17	1,39	1,26*	1,28	1,32*	1,07
Occupation du père : technicien	0,88	1,00	0,93	0,92	0,89	1,01
Statut d'emploi de la mère : employée non manuelle	1	1	1	1	1	1
Statut d'emploi de la mère : employée manuelle	1,17	1,10	1,14	0,83	1,34*	1,03
Statut d'emploi de la mère : sans emploi	0,98	0,98	0,98	0,83	1,05	0,99

* Résultats significatifs (p < 0,05).

** Ajusté en fonction de l'âge.

*** Ajusté en fonction du sexe.

Source : Hong et collab., 2010⁽¹⁴⁾.

Dans une étude menée en Angleterre chez les enfants âgés de 9 mois à 3 ans, les auteurs montrent que ceux issus d'un ménage où l'occupation des parents est classée comme routinière et manuelle sont plus à risque de souffrir d'un traumatisme non intentionnel (RR = 1,13) que les enfants dont les parents ont une occupation dans la catégorie « gestionnaire et professionnelle »⁽³¹⁾.

Une étude conduite en Finlande sur les consultations à l'hôpital associées aux traumatismes chez les jeunes adultes âgés de 17 à 29 ans s'est intéressée aux liens entre les **statuts d'emploi** des personnes (l'activité économique principale des individus) et leur risque d'être traitées à l'hôpital pour un traumatisme – incluant certains traumatismes non intentionnels. Lorsque la nature des traumatismes n'est pas différenciée, les auteurs concluent que les hommes sans emploi des trois groupes d'âge étudiés sont plus à risque que leurs pairs employés de subir un traumatisme; alors que pour les femmes, seules celles du groupe d'âge 25 à 29 ans sont plus à risque (tableau 40)⁽³²⁾.

Tableau 40 Association entre le statut d'emploi et les risques d'être traité à l'hôpital pour un traumatisme intentionnel ou non intentionnel chez les jeunes adultes finlandais, 1998-2008

STATUT D'EMPLOI (PRINCIPALE ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE)	HOMMES			FEMMES		
	17-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	17-19 ans	20-24 ans	25-29 ans
	Risques (HR) d'être traité à l'hôpital (IC)**			Risques (HR) d'être traité à l'hôpital (IC)**		
Employé	1	1	1	1	1	1
Non employé	1,48* (1,15-1,92)	1,27* (1,12-1,44)	1,52* (1,32-1,74)	1,42 (0,86-2,33)	1,18 (0,93-1,48)	1,97* (1,56-2,48)
Étudiant	0,93 (0,82-1,06)	1,18* (1,07-1,31)	0,95 (0,79-1,13)	1,05 (0,84-1,32)	1,15 (0,99-1,34)	1,27* (1,03-1,56)
Autre/inconnu	0,90 (0,71-1,15)	1,09 (0,94-1,26)	1,54* (1,28-1,85)	1,01 (0,64-1,57)	1,62* (1,26-2,09)	2,33* (1,76-3,08)
Mère au foyer	S.O.	S.O.	S.O.	0,85 (0,23-3,08)	0,78 (0,53-1,14)	0,79 (0,57-1,11)

* Résultats significatifs ($p < 0,05$).

** Ajusté en fonction de l'âge des parents à la naissance, des antécédents familiaux au cours de l'enfance, du niveau de scolarité des parents, de la catégorie professionnelle des parents, du revenu familial des parents et de l'âge au moment de quitter le domicile parental.

Source : Remes et Martikainen, 2015⁽³²⁾.

RÉSULTATS PORTANT SUR LES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS SELON UNE CAUSE PARTICULIÈRE

Traumatismes routiers

Quelle est l'association entre certains statuts d'emploi ou catégories d'occupations et le risque de subir un traumatisme routier ?

Quatre études examinant les liens entre le statut d'emploi ou l'occupation et les traumatismes routiers ont été répertoriées. Celles-ci sont partagées quant à l'association entre certaines catégories d'emplois ou d'occupations et le risque de subir un traumatisme routier. Deux d'entre elles identifient que les risques de décès ou de consultations à l'hôpital sont plus élevés pour les personnes qui se trouvent dans les catégories « sans-emploi », « occupation manuelle » et « non qualifié ».

Burrows et ses collègues⁽⁸⁾, dans une étude portant sur les adultes canadiens, observent que les hommes qui ont une occupation dans les catégories autres que « professionnel/ gestionnaire » sont plus à risque de décéder d'un traumatisme routier. Ce risque ne varie cependant pas pour les femmes (tableau 41).

Tableau 41 Association entre les statuts d'emploi ou catégories d'occupations et les risques de décès par traumatismes routiers chez les adultes canadiens, 1991-2001

CATÉGORIES D'OCCUPATIONS	RISQUES (HR) DE DÉCÈS (IC)**	
	Hommes	Femmes
Professionnel/gestionnaire	1	1
Qualifié/technique/ surveillant	1,22* (1,04–1,45)	1,04 (0,79–1,36)
Semi-qualifié	1,33* (1,12–1,58)	1,13 (0,87–1,48)
Non qualifié	1,26* (1,02–1,56)	1,21 (0,86–1,70)
Sans occupation	1,32* (1,07–1,63)	1,23 (0,93–1,62)

* Résultats significatifs.

** Ajusté en fonction de l'état matrimonial, du niveau de scolarité, du revenu, du statut de minorité visible du statut d'immigration, de la région provinciale, de la résidence urbaine/rurale et de la défavorisation matérielle.

Source : Burrows et collab., 2012 ⁽⁸⁾.

Dans une étude menée en Finlande portant sur les jeunes adultes âgés entre 17 à 29 ans, Remes et Martikainen ⁽³²⁾ identifient que seules les femmes sans emploi ont un risque accru d'être traitées à l'hôpital pour un cas de traumatisme routier (HR = 1,67).

Les deux autres études qui examinent les liens entre les traumatismes routiers et les statuts d'emplois ou les catégories d'occupations ne montrent pas d'association ^(11, 14).

Noyades

Quelle est l'association entre certains statuts d'emploi ou catégories d'occupations et le risque de subir une noyade ?

.....

Trois études examinant les liens entre le statut d'emploi ou l'occupation et les noyades ont été répertoriées. La plupart d'entre elles (deux sur trois) montrent qu'il y a une association entre les catégories « sans emploi », « occupation manuelle » ou « non qualifié » et le risque de subir une noyade. Elles établissent que les risques de décès par noyade sont plus élevés pour les personnes non qualifiées et pour celles qui ne sont pas dans la population active.

.....

Dans une étude menée au Canada portant sur les adultes, Burrows et ses collègues ⁽⁸⁾ observent que les personnes de la catégorie « non qualifié » sont plus à risque de décéder de noyade que les personnes issues de la catégorie « professionnel/gestionnaire ». Dans une étude portant sur les décès d'adultes étatsuniens, Denney et He ⁽¹¹⁾ montrent que les personnes qui ne sont pas dans la population active sont plus à risque de décéder d'une noyade que les individus employés (HR = 1,70). L'étude de Hong et de ses collègues ⁽¹⁴⁾ portant sur les décès chez les enfants n'observe, quant à elle, aucune variation selon l'occupation des parents.

FICHE

4

INDICATEURS INDIVIDUELS

Intoxications involontaires

Quelle est l'association entre certains statuts d'emploi ou catégories d'occupations et le risque de subir une intoxication involontaire ?

Deux études examinant les liens entre le statut d'emploi ou l'occupation et les intoxications involontaires ont été répertoriées. Elles montrent toutes deux qu'il y a une association entre les catégories « sans emploi », « occupation manuelle » ou « non qualifié » et le risque de subir une intoxication involontaire. Les risques de décès sont plus élevés pour les personnes sans emploi ou qui n'ont pas une occupation de type professionnel/gestionnaire.

Dans une étude menée au Canada par Burrows et ses collègues ⁽⁸⁾, les auteurs montrent que les adultes qui ont une occupation dans les catégories autres que « professionnel/ gestionnaire » sont plus à risque de décéder d'une intoxication involontaire (tableau 42).

Tableau 42 Association entre les catégories d'occupations et les risques de décès par intoxications involontaires chez les adultes canadiens, 1991-2001

CATÉGORIES D'OCCUPATIONS	RISQUES (HR) DE DÉCÈS (IC)**
Professionnel/gestionnaire	1
Qualifié/technique/surveillant	2,00* (1,41–2,85)
Semi-qualifié	1,60* (1,11–2,31)
Non qualifié	2,75* (1,86–4,06)
Sans occupation	4,43* (3,05–6,45)

* Résultats significatifs.

** Ajusté en fonction de l'état matrimonial, du niveau de scolarité, du revenu, du statut de minorité visible du statut d'immigration, de la région provinciale, de la résidence urbaine/rurale et de la défavorisation matérielle.

Source : Burrows et collab., 2012 ⁽⁸⁾.

Denney et He ⁽¹¹⁾, dans une étude portant sur les décès d'adultes étatsuniens, observent que les personnes qui sont sans emploi (HR = 2,59) ou qui ne sont pas dans la population active (HR = 2,68) sont plus à risque de décéder d'une intoxication involontaire que les personnes employées.

Traumatismes attribuables aux chutes

Quelle est l'association entre certains statuts d'emploi ou catégories d'occupations et le risque de subir un traumatisme non intentionnel associé aux chutes ?

Quatre études examinant les liens entre le statut d'emploi ou l'occupation et les traumatismes attribuables aux chutes ont été répertoriées. Celles-ci sont partagées quant à l'association entre certaines catégories d'emplois ou d'occupations et le risque de subir un traumatisme attribuable aux chutes.

Burrows et ses collègues ⁽⁸⁾, dans une étude portant sur les adultes canadiens, montrent que les hommes qui ont une occupation dans les catégories autres que « professionnel/gestionnaire » sont plus à risque de décéder d'un traumatisme associé aux chutes. Chez les femmes, ce risque est seulement significatif pour la catégorie « sans occupation » lorsque comparé à la catégorie « professionnel/gestionnaire » (tableau 43).

Tableau 43 Association entre les catégories d'occupations et les risques de décès par traumatismes attribuables aux chutes chez les adultes canadiens, 1991-2001

CATÉGORIES D'OCCUPATIONS	RISQUES (HR) DE DÉCÈS (IC)**	
	Hommes	Femmes
Professionnel/gestionnaire	1	1
Qualifié/technique/surveillant	1,18 (0,90–1,54)	1,23 (0,73–2,09)
Semi-qualifié	1,44* (1,09–1,91)	1,35 (0,81–2,26)
Non qualifié	1,79* (1,29–2,48)	1,46 (0,78–2,74)
Sans occupation	2,29* (1,77–2,96)	2,00* (1,26–3,18)

* Résultats significatifs.

** Ajusté en fonction de l'état matrimonial, du niveau de scolarité, du revenu, du statut de minorité visible du statut d'immigration, de la région provinciale, de la résidence urbaine/rurale et de la défavorisation matérielle.

Source : Burrows et collab., 2012 ⁽⁸⁾.

Aux États-Unis, dans une étude menée par Deney et He ⁽¹¹⁾ chez les adultes, les auteurs observent que les personnes qui ne sont pas dans la population active sont plus à risque de décéder d'un traumatisme associé aux chutes (HR = 1,34) comparativement aux personnes employées.

Dans une étude finlandaise portant sur les jeunes adultes âgés de 17 à 29 ans, les mères au foyer sont protégées des traumatismes associés aux chutes (HR = 0,53) par rapport à celles qui sont employées ⁽³²⁾. L'étude de Hong et de ses collègues ⁽¹⁴⁾ portant sur les décès chez les enfants n'observe, quant à elle, pas de variation selon l'occupation des parents.

Traumatismes associés au feu, aux brûlures ou à la fumée

Quelle est l'association entre certains statuts d'emploi ou catégories d'occupations et le risque de subir un traumatisme associé au feu, aux brûlures ou à la fumée ?

Trois études examinant les liens entre le statut d'emploi ou l'occupation et les traumatismes associés au feu, aux brûlures ou à la fumée ont été répertoriées. La plupart d'entre elles (deux sur trois) montrent qu'il n'y a pas d'association entre les catégories « sans emploi » et « occupation manuelle » et le risque de subir un traumatisme associé au feu, aux brûlures ou à la fumée. Seulement une étude identifie que les risques de décès attribuables à ce type de traumatisme sont plus élevés pour les personnes qui ne font pas partie de la population active.

Deux études répertoriées examinant les liens entre les traumatismes associés au feu et les statuts d'emploi ou catégories d'occupations ne montrent pas d'association ^(8, 14).

Dans une étude menée par Deney et He⁽¹¹⁾ chez les adultes étatsuniens, les auteurs montrent que les personnes qui ne sont pas dans la population active sont plus à risque de décéder d'un traumatisme associé au feu, aux brûlures ou à la fumée (HR = 2,09) comparativement aux personnes employées.

FICHE 5 LA SCOLARITÉ

● DÉFINITION

La scolarité fait référence au plus haut niveau d'éducation atteint ou au diplôme le plus élevé obtenu par une personne. La scolarité est mesurée et classifiée différemment selon les études. La majorité des auteurs différencient trois niveaux d'éducation atteints ou de diplômes obtenus : 1) inférieur aux études secondaires, 2) équivalent aux études secondaires, 3) études universitaires ou études supérieures. La plupart des études retenues différencient la scolarité selon le sexe. Par ailleurs, lorsqu'il est question de traumatisme non intentionnel chez les enfants, il est plutôt question de la scolarité des parents.

● FAITS SAILLANTS



Certains des résultats présentés dans cette fiche doivent être interprétés avec prudence considérant le faible nombre d'études répertoriées. Il est par conséquent difficile de conclure à une relation entre la scolarité et le risque de subir des traumatismes associés aux noyades ($n = 3$), aux intoxications involontaires ($n = 2$) ou au feu, aux brûlures ou à la fumée ($n = 3$).



Toutes les études montrent une association entre le risque de subir un TNI toutes causes confondues et un niveau de scolarité inférieur ou égal aux études secondaires.



La plupart des études montrent une association entre le risque de subir un traumatisme routier et un niveau de scolarité inférieur ou égal aux études secondaires.



La plupart des études ne montrent pas d'association entre le risque de subir une noyade et le niveau de scolarité.



Toutes les études montrent une association entre le risque de subir une intoxication involontaire et un niveau de scolarité inférieur ou égal aux études secondaires.



La plupart des études ne montrent pas d'association entre le risque de subir un traumatisme attribuable aux chutes et le niveau de scolarité.



La plupart des études ne montrent pas d'association entre le risque de subir un traumatisme associé au feu, aux brûlures ou à la fumée et le niveau de scolarité.



FICHE

5

INDICATEURS
INDIVIDUELS

POUR EN SAVOIR PLUS SUR LA SCOLARITÉ

Le tableau 44 présente la manière dont les études répertoriées pour cette fiche classent les catégories de mesure de la scolarité.

Tableau 44 Catégories de mesure de la scolarité selon les études répertoriées

AUTEURS	CATÉGORIES DE MESURE DE LA SCOLARITÉ
Bergen et collab., 2016	Scolarité de la personne : 1) Moins qu'un diplôme d'études secondaires, 2) Diplôme d'études secondaires, 3) Études collégiales partielles, 4) Diplôme d'études collégiales ou plus.
Burrows et collab., 2012; 2013	Scolarité de la personne : 1) Pas de diplôme d'études secondaires, 2) Diplôme d'études secondaires, 3) Diplôme d'études postsecondaires, 4) Diplôme d'études universitaires.
Denney et He, 2014	Scolarité de la personne : 1) Études plus élevées que l'école secondaire, 2) Études plus basses que l'école secondaire, 3) Diplôme d'études secondaires.
Hong et collab., 2010	Scolarité du père et scolarité de la mère de l'enfant : 1) De l'absence d'études à l'obtention du diplôme d'études primaires, 2) Diplôme d'études secondaires, 3) Diplôme universitaire.
Lee et collab., 2018	Pourcentage de personne avec une scolarité moins élevée qu'un diplôme d'études secondaires sur un territoire.
Pearce et collab., 2011	Scolarité de la mère : 1) Degré (<i>degree</i> , plus haute scolarité, universitaire), 2) Diplôme (<i>diploma</i> , scolarité collégiale/universitaire), 3) Diplôme avancé (<i>advanced and advanced subsidiary level</i> , technique), 4) Diplôme d'études secondaires (<i>general certificate of secondary education</i>), 5) Sans qualifications.
Remes et Martikainen, 2015	Scolarité de la personne : 1) Éducation de base, 2) Éducation secondaire, 3) Éducation supérieure.

Description des études

Huit études sont retenues pour cette fiche afin de mieux comprendre la relation entre la scolarité et les traumatismes non intentionnels. Ces études sont réalisées au Canada⁽²⁾, en Corée du Sud⁽²⁾, aux États-Unis⁽²⁾, en Grande-Bretagne⁽¹⁾ et en Finlande⁽¹⁾. Sept études évaluent un ensemble de traumatismes non intentionnels toutes causes confondues; de ces études, quatre en examinent aussi certains types individuellement. Une autre étude se penche uniquement sur les traumatismes non intentionnels associés aux chutes (tableau 45). La section suivante résume les résultats des études traitant d'un ensemble de traumatismes non intentionnels toutes causes confondues. Les résultats au regard de certains types de traumatismes non intentionnels seront par la suite abordés.

Tableau 45 Description des études répertoriées examinant le lien entre la scolarité et la survenue de traumatismes non intentionnels

AUTEURS	PAYS	POPULATION ÉTUDIÉE	TYPES DE TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS					
								
Bergen et collab., 2016	États-Unis	Adultes de 65 ans et plus					●	
Burrows et collab., 2012	Canada	Adultes de 25 ans et plus	●	●	●	●	●	●
Burrows et collab., 2013	Canada	Adultes de 25 ans et plus	●					
Denney et He, 2014	États-Unis	Adultes de 18 ans et plus	●	●	●	●	●	●
Hong et collab., 2010	Corée du Sud	Enfants de 8 ans et moins	●	●	●		●	●
Lee et collab., 2018	Corée du Sud	Ensemble de la population	●					
Pearce et collab., 2011	Angleterre	Enfants de 9 mois à 3 ans	●					
Remes et Martikainen, 2015	Finlande	Jeunes adultes de 17 à 29 ans	●	●			●	

RÉSULTATS PORTANT SUR DES ENSEMBLES DE TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS TOUTES CAUSES CONFONDUES

Quelle est l'association entre le niveau de scolarité atteint et le risque de subir un traumatisme non intentionnel toutes causes confondues ?

Sept études examinant les liens entre la scolarité et un ensemble de traumatismes non intentionnels toutes causes confondues ont été répertoriées. Elles montrent toutes qu'il y a une association entre le niveau de scolarité atteint moins élevé et le risque de subir un traumatisme non intentionnel toutes causes confondues. Les taux et les risques de décès, d'hospitalisation ou de consultation à l'hôpital sont plus élevés pour les personnes qui ont un niveau de scolarité inférieur ou égal aux études secondaires, ainsi que pour leurs enfants.

Dans deux publications de Burrows et ses collègues ^(8, 9), les auteurs montrent que les taux de mortalité par traumatismes non intentionnels varient au Canada selon le niveau de scolarité atteint. Les risques de décès par traumatismes non intentionnels toutes causes confondues sont plus élevés seulement chez les hommes qui ont un niveau de scolarité inférieur ou égal aux études secondaires (tableau 46).

FICHE
5
INDICATEURS INDIVIDUELS

Tableau 46 Association entre la scolarité et les taux/risques de décès par traumatismes non intentionnels chez les adultes canadiens, 1991-2001

SCOLARITÉ	HOMMES		FEMMES	
	Taux de décès par 100 000 habitants (IC)**	Risques (HR) de décès (IC)***	Taux de décès par 100 000 habitants (IC)**	Risques (HR) de décès (IC)***
Pas de diplôme d'études secondaires	55,1 (53,0–57,3)	1,39* (1,23–1,57)	28,3 (26,8–29,9)	1,02 (0,86–1,21)
Diplôme d'études secondaires	42,6 (40,9–44,4)	1,28* (1,14–1,44)	25,6 (24,2–27,0)	1,00 (0,85–1,19)
Diplôme d'études postsecondaires	35,3 (32,6–38,2)	1,07 (0,93–1,24)	25,4 (23,5–27,4)	1,02 (0,85–1,20)
Diplôme d'études universitaires	31,4 (29,1–33,9)	1	25,6 (23,3–28,1)	1

* Résultats significatifs.

** Ajusté en fonction de l'âge.

*** Ajusté en fonction de l'état matrimonial, de l'occupation, du revenu, du statut de minorité visible, du statut d'immigration, de la région provinciale, de la résidence urbaine/rurale et de la défavorisation matérielle.

Source : Burrows et collab., 2012 ⁽⁸⁾; Burrows et collab., 2013 ⁽⁹⁾.

Aux États-Unis, dans une étude portant sur les décès d'adultes, Denney et He ⁽¹¹⁾ montrent que la mortalité par traumatismes non intentionnels varie selon la scolarité pour les hommes et les femmes. Les auteurs observent que, comparées aux personnes ayant une scolarité supérieure aux études secondaires, celles ayant une scolarité inférieure aux études secondaires (HR = 1,57) ou équivalente aux études secondaires (HR = 1,32) sont plus à risque de décéder d'un traumatisme non intentionnel.

Dans une étude conduite en Corée du Sud, Hong et ses collaborateurs ⁽¹⁴⁾ s'intéressent au lien entre la mortalité infantile (chez les 8 ans et moins) attribuable aux traumatismes non intentionnels et la scolarité de leurs parents. Ils montrent que les enfants dont le père n'a pas fait d'études (absence d'études) ou a obtenu tout au plus un diplôme d'études primaires ou un diplôme d'études secondaires ont un risque accru de décéder d'un traumatisme non intentionnel comparativement à ceux dont le père détient un diplôme universitaire. Lorsqu'ils analysent le risque par rapport à la scolarité de la mère, ces risques sont plus élevés pour les enfants dont la mère a tout au plus obtenu un diplôme d'études secondaires. Les garçons dont la mère n'a pas fait d'études ou a obtenu un diplôme d'études primaires ont, selon cette étude, le risque le plus élevé de décéder suite à un traumatisme non intentionnel par rapport aux garçons dont la mère a un diplôme d'études universitaires. Lorsque l'âge des enfants est pris en compte, seul le groupe d'âge des 1 à 4 ans dont le père et la mère n'ont pas de diplôme universitaire se trouve à avoir un risque accru de mortalité par traumatisme non intentionnel (tableau 47).

Tableau 47 Association entre la scolarité des parents et les risques de décès par traumatismes non intentionnels chez les enfants coréens de 8 ans et moins, 1995-2004

SCOLARITÉ DES PARENTS	GARÇONS	FILLES	G/F	G/F SELON GROUPE D'ÂGE		
	Risques (HR) de décès**			< 1 an	1-4 ans	5-8 ans
	Risques (HR) de décès***					
Père (de l'absence d'études à l'obtention du diplôme d'études primaires)	1,31*	1,26	1,29*	0,86	1,49*	1,31
Père (obtention du diplôme d'études secondaires)	1,19*	1,19*	1,19*	0,93	1,34*	1,16
Père (obtention d'un diplôme universitaire)	1	1	1	1	1	1
Mère (de l'absence d'études à l'obtention du diplôme d'études primaires)	1,35*	1,05	1,18	0,76	1,36*	1,31
Mère (obtention du diplôme d'études secondaires)	1,13	1,12	1,13*	0,89	1,28*	1,09
Mère (obtention d'un diplôme universitaire)	1	1	1	1	1	1

* Résultats significatifs ($p < 0,05$).

** Ajusté en fonction de l'âge.

*** Ajusté en fonction du sexe.

Source : Hong et collab., 2010⁽¹⁴⁾.

Une autre étude coréenne portant cette fois sur les caractéristiques de la communauté a montré une corrélation positive entre le taux d'hospitalisation pour traumatisme non intentionnel et la proportion de personnes dans la communauté avec une faible scolarité. Ils ont en effet observé que le risque d'hospitalisation pour un traumatisme non intentionnel augmente de 1 % en même temps que le pourcentage de personnes avec une faible scolarité augmente dans une communauté⁽³³⁾.

Les auteurs d'une étude conduite en Finlande chez les jeunes adultes âgés de 17 à 29 ans avancent que les hommes et les femmes avec au plus une éducation de base sont, peu importe l'âge, plus à risque d'être traités à l'hôpital pour un traumatisme (intentionnels ou non intentionnels) par rapport aux hommes et aux femmes qui détiennent un diplôme d'études supérieures⁽³²⁾. Ce risque est également plus élevé pour ceux qui détiennent au plus un diplôme d'études secondaires, à l'exception des hommes âgés de 17 à 19 ans et des femmes âgées de 25 à 29 ans (tableau 48).

FICHE

5

INDICATEURS INDIVIDUELS

Tableau 48 Association entre la scolarité et les risques d’être traité à l’hôpital pour un traumatisme chez les jeunes adultes finlandais âgés de 17 à 29 ans, 1998-2008

SCOLARITÉ	HOMMES			FEMMES		
	17-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	17-19 ans	20-24 ans	25-29 ans
	Risques (HR) d’être traité à l’hôpital (IC)**			Risques (HR) d’être traité à l’hôpital (IC)**		
Éducation supérieure	1	1	1	1	1	1
Éducation secondaire	1,24 (0,92–1,68)	1,71* (1,53–1,91)	1,41* (1,25–1,59)	2,57* (1,24–5,31)	1,65* (1,40–1,93)	1,14 (0,95–1,36)
Éducation de base	1,86* (1,31–2,64)	2,29* (1,97–2,67)	1,80* (1,54–2,11)	4,60* (2,06–10,25)	2,25* (1,72–2,95)	1,67* (1,27–2,21)

* Résultats significatifs ($p < 0,05$).

** Ajusté en fonction de l’âge des parents à la naissance, des antécédents familiaux au cours de l’enfance, du niveau de scolarité des parents, de la catégorie professionnelle des parents, du revenu familial des parents et de l’âge au moment de quitter le domicile parental.

Source : Remes et Martikainen, 2015 ⁽³²⁾.

Dans une étude menée en Angleterre chez les enfants âgés de 9 mois à 3 ans, les auteurs montrent que ceux dont les parents ont un diplôme autre qu’universitaire sont plus à risque de visiter une clinique médicale ou un hôpital à la suite d’un traumatisme non intentionnel ⁽³¹⁾.

RÉSULTATS PORTANT SUR LES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS SELON UNE CAUSE PARTICULIÈRE

Traumatismes routiers

Quelle est l’association entre le niveau de scolarité atteint et le risque de subir un traumatisme routier ?

Quatre études examinant les liens entre la scolarité et les traumatismes routiers ont été répertoriées. La plupart d’entre elles (trois sur quatre) montrent que les personnes ayant une scolarité inférieure ou égale aux études secondaires sont plus à risque de subir un traumatisme routier.

Burrows et ses collègues ⁽⁸⁾, dans une étude portant sur les adultes canadiens, observent que les hommes ayant une scolarité inférieure ou égale aux études secondaires sont plus à risque de décéder d’un traumatisme routier que les hommes avec un diplôme universitaire. Cette étude n’a montré aucune association pour les femmes (tableau 49).

Tableau 49 Association entre la scolarité et les risques de décès par traumatismes routiers chez les adultes canadiens, 1991-2001

SCOLARITÉ	RISQUES (HR) DE DÉCÈS (IC)**	
	Hommes	Femmes
Pas de diplôme d'études secondaires	1,45* (1,18–1,77)	0,85 (0,63–1,14)
Diplôme d'études secondaires	1,35* (1,11–1,65)	0,88 (0,66–1,17)
Diplôme d'études postsecondaires	1,19 (0,95–1,49)	0,99 (0,74–1,33)
Diplôme d'études universitaires	1	1

* Résultats significatifs.

** Ajusté en fonction de l'état matrimonial, de l'occupation, du revenu, du statut de minorité visible, du statut d'immigration, de la région provinciale, de la résidence urbaine/rurale et de la défavorisation matérielle.

Source : Burrows et collab., 2012⁽⁸⁾.

Dans une étude étatsunienne portant sur les adultes, Denney et He⁽¹¹⁾ montrent que les personnes ayant une scolarité inférieure au niveau secondaire (HR = 1,84) ou équivalente au niveau secondaire (HR = 1,43) sont plus à risque de décéder d'un traumatisme routier que celles ayant une scolarité supérieure au niveau secondaire.

En Finlande, une étude portant sur les jeunes adultes de 17 à 29 ans a montré que les hommes sans éducation supérieure, soit ceux ayant une éducation de base ou une éducation de niveau secondaire, sont plus à risque d'être traités à l'hôpital pour un traumatisme routier que ceux ayant une éducation supérieure. Chez les femmes, seules celles avec une éducation de niveau secondaire sont plus à risque d'être traitées à l'hôpital pour un traumatisme routier comparativement à leurs pairs ayant une éducation supérieure (tableau 50)⁽³²⁾.

Tableau 50 Association entre la scolarité et les risques d'être traité à l'hôpital pour un traumatisme routier chez les jeunes adultes finlandais âgés de 17 à 29 ans, 1998-2008

SCOLARITÉ	RISQUES (HR) D'ÊTRE TRAITÉ À L'HÔPITAL (IC)**	
	Hommes	Femmes
Éducation supérieure	1	1
Éducation secondaire	1,52* (1,22–1,90)	1,39* (1,03–1,88)
Éducation de base	2,49* (1,89–3,29)	1,37 (0,82–2,30)

* Résultats significatifs (p<0,05).

** Ajusté en fonction de l'âge des parents à la naissance, des antécédents familiaux au cours de l'enfance, du niveau de scolarité des parents, de la catégorie professionnelle des parents, du revenu familial des parents et de l'âge au moment de quitter le domicile parental.

Source : Remes et Martikainen, 2015⁽³²⁾.

L'étude de Hong et de ses collègues⁽¹⁴⁾ portant sur les décès chez les enfants ne montre, quant à elle, pas de variation par rapport au risque de décéder d'un traumatisme routier selon la scolarité des parents.

FICHE

5

INDICATEURS INDIVIDUELS

Noyades

Quelle est l'association entre le niveau de scolarité atteint et le risque de subir une noyade ?

.....

Trois études examinant les liens entre la scolarité et les noyades ont été répertoriées. La plupart d'entre elles (deux sur trois) montrent qu'il n'y a pas d'association entre un niveau de scolarité atteint moins élevé et le risque de noyade. Seulement une étude identifie un lien entre la catégorie « inférieure aux études secondaires » et le risque de noyade.

.....

Deux études examinant les noyades n'observent aucune variation selon la scolarité^(11,14). Dans une étude canadienne portant sur les adultes, Burrows et ses collègues⁽⁸⁾ montrent que les personnes ayant une scolarité inférieure au niveau secondaire sont plus à risque de décéder d'une noyade (HR = 1,64) que les personnes détenant un diplôme universitaire.

Intoxications involontaires

Quelle est l'association entre le niveau de scolarité atteint et le risque de subir une intoxication involontaire ?

.....

Deux études examinant les liens entre la scolarité et les intoxications involontaires ont été répertoriées. Elles montrent toutes deux qu'il y a une association entre les catégories de scolarité « inférieure ou égale aux études secondaires » et le risque de subir une intoxication involontaire.

.....

Dans une étude portant sur les adultes canadiens, Burrows et ses collègues⁽⁸⁾ montrent que les personnes ayant une scolarité inférieure ou égale aux études secondaires sont plus à risque de décéder d'une intoxication involontaire que celles ayant obtenu un diplôme d'études universitaires (tableau 51).

Tableau 51 Association entre la scolarité et les risques de décès par intoxication involontaire chez les adultes canadiens, 1991-2001

SCOLARITÉ	RISQUES (HR) DE DÉCÈS (IC)**
Pas de diplôme d'études secondaires	1,99* (1,34–2,94)
Diplôme d'études secondaires	1,63* (1,11–2,38)
Diplôme d'études postsecondaires	1,05 (0,68–1,64)
Diplôme d'études universitaires	1

* Résultats significatifs.

** Ajusté en fonction de l'état matrimonial, de l'occupation, du revenu, du statut de minorité visible, du statut d'immigration, de la région provinciale, de la résidence urbaine/rurale et de la défavorisation matérielle.

Source : Burrows et collab., 2012⁽⁸⁾.

De même, dans une étude étatsunienne portant sur les adultes, Denney et He⁽¹¹⁾ montrent que les personnes ayant une scolarité inférieure (HR = 2,39) ou équivalente au niveau secondaire (HR = 1,50) sont plus à risque de décéder d'une intoxication involontaire que les personnes ayant une scolarité supérieure au niveau secondaire.

Traumatismes attribuables aux chutes

Quelle est l'association entre le niveau de scolarité atteint et le risque de subir un traumatisme associé aux chutes ?

Cinq études examinant les liens entre la scolarité et les traumatismes attribuables aux chutes ont été répertoriées. La plupart d'entre elles (trois sur cinq) montrent qu'il n'y a pas d'association entre un niveau de scolarité atteint moins élevé et le risque de subir un traumatisme associé aux chutes. Seulement deux études identifient un lien entre la catégorie « inférieure au niveau secondaire » et un taux plus élevé ou le risque de subir un traumatisme non mortel causé par une chute.

Trois études examinant les traumatismes attribuables aux chutes ne montrent aucune variation selon la scolarité^(8, 11, 14).

En Finlande, une étude portant sur les jeunes adultes de 17 à 29 ans observe que les hommes sans éducation supérieure, soit ceux ayant une éducation de base ou une éducation de niveau secondaire, sont plus à risque d'être traités à l'hôpital pour un traumatisme associé aux chutes que ceux ayant une éducation supérieure. Chez les femmes, seules celles ayant tout au plus une éducation de base sont plus à risque d'être traitées à l'hôpital pour un traumatisme associé aux chutes comparativement à leurs pairs ayant une éducation supérieure (tableau 52)⁽³²⁾.

Tableau 52 Association entre la scolarité et le risque d'être traité à l'hôpital pour un traumatisme attribuable à une chute chez les jeunes adultes finlandais âgés de 17 à 29 ans, 1998-2008

SCOLARITÉ	RISQUES (HR) D'ÊTRE TRAITÉ À L'HÔPITAL (IC)**	
	Hommes	Femmes
Éducation supérieure	1	1
Éducation secondaire	1,30* (1,14–1,48)	1,06 (0,87–1,30)
Éducation de base	1,57* (1,30–1,89)	1,80* (1,29–2,50)

* Résultats significatifs (p<0,05).

** Ajusté en fonction de l'âge des parents à la naissance, des antécédents familiaux au cours de l'enfance, du niveau de scolarité des parents, de la catégorie professionnelle des parents, du revenu familial des parents et de l'âge au moment de quitter le domicile parental.

Source : Remes et Martikainen, 2015⁽³²⁾.

Dans une étude étatsunienne portant sur les personnes âgées de 65 ans et plus, Bergen et ses collègues⁽³⁰⁾ montrent que le taux le plus élevé de traumatismes non mortels liés aux chutes se retrouve chez les personnes qui ont une scolarité inférieure à un diplôme d'études secondaires (193/1 000 habitants). À titre comparatif, le taux est de 139/1 000 habitants chez les personnes qui ont au minimum un diplôme d'études collégiales.

Traumatismes associés au feu, aux brûlures ou à la fumée

Quelle est l'association entre le niveau de scolarité atteint et le risque de subir un traumatisme associé au feu, aux brûlures ou à la fumée ?

.....

Trois études examinant les liens entre la scolarité et les traumatismes associés au feu, aux brûlures ou à la fumée ont été répertoriées. La plupart d'entre elles (deux sur trois) montrent qu'il n'y a pas d'association entre un niveau de scolarité atteint moins élevé et le risque de subir un traumatisme associé au feu, aux brûlures ou à la fumée. Seulement une étude identifie un lien entre les catégories de scolarité « inférieure ou égale aux études secondaires » et le risque de décéder d'un traumatisme lié au feu, aux brûlures ou à la fumée.

.....

Deux études examinant les traumatismes associés au feu n'observent aucune variation selon la scolarité ^(8, 14).

Une étude menée par Deney et He ⁽¹¹⁾ portant sur les adultes étatsuniens montre que les personnes qui ont une scolarité inférieure (HR = 2,51) ou équivalente au niveau secondaire (HR = 1,68) sont plus à risque de décéder d'un traumatisme associé au feu ou à la fumée comparativement à celles ayant une scolarité supérieure aux études secondaires.

FICHE 6

L'ÉTAT MATRIMONIAL ET LA COMPOSITION DES MÉNAGES

● DÉFINITION

L'état matrimonial et la composition des ménages font référence à la situation d'une personne ou d'un ménage au regard de la vie conjugale. L'état matrimonial et la composition des ménages sont classifiés différemment selon les études. Cela peut être aussi simple que marié ou non marié et aussi détaillé que marié, divorcé, veuf, séparé, jamais marié ou membre d'un couple non marié. À l'exception d'une étude qui amalgame les deux indicateurs sous la formule « défavorisation sociale », les études traitent généralement de l'état matrimonial ou de la composition des ménages séparément.

● FAITS SAILLANTS



Certains des résultats présentés dans cette fiche doivent être interprétés avec prudence considérant le faible nombre d'études répertoriées. Il est par conséquent difficile de conclure à une relation entre l'état matrimonial et la composition des ménages et le risque de subir un traumatisme routier (n = 3), une noyade (n = 2), une intoxication involontaire (n = 2) ou un traumatisme associé au feu, aux brûlures ou à la fumée (n = 3).



La plupart des études montrent une association entre le risque de subir un TNI toutes causes confondues et les catégories divorcé/séparé/veuf/famille monoparentale/défavorisation sociale.



La plupart des études montrent une association entre le risque de subir un traumatisme routier et les catégories divorcé/séparé/famille monoparentale/défavorisation sociale.



Les études sont partagées quant à l'association entre le risque de subir une noyade et les catégories divorcé/séparé/famille monoparentale/défavorisation sociale.



Toutes les études montrent une association entre le risque de subir une intoxication involontaire et les catégories divorcé/séparé/famille monoparentale/défavorisation sociale.



La plupart des études montrent une association entre le risque de subir un traumatisme attribuable aux chutes et les catégories divorcé/séparé/famille monoparentale/défavorisation sociale.



La plupart des études montrent une association entre le risque de subir un traumatisme associé au feu et les catégories divorcé/séparé/famille monoparentale/défavorisation sociale.



FICHE

6

INDICATEURS
INDIVIDUELS

POUR EN SAVOIR PLUS SUR L'ÉTAT MATRIMONIAL ET LA COMPOSITION DES MÉNAGES

Le tableau 53 présente la manière dont les études répertoriées pour cette fiche classent les catégories de mesure de l'état matrimonial et de la composition des ménages.

Tableau 53 Catégories de mesure de l'état matrimonial ou de la composition des ménages selon les études répertoriées

AUTEURS	CATÉGORIES DE MESURE
Bergen et collab., 2016	État matrimonial de la personne : 1) Mariée, 2) Divorcée, 3) Veuve, 4) Séparée, 5) Jamais mariée, 6) Membre d'un couple non marié.
Burrows et collab., 2012; 2013	État matrimonial de la personne : 1) Séparée/divorcée/veuve, 2) Jamais mariée, 3) Conjointe de fait, 4) Mariée légalement.
Denney et He, 2014	État matrimonial de la personne : 1) Jamais mariée, 2) Veuve, 3) Divorcée ou séparée, 4) Mariée.
Gagné et Hamel, 2009	Composition du ménage — défavorisation sociale sur un territoire (principalement constitué des indicateurs suivants : proportion des personnes séparées, divorcées ou veuves, proportion des personnes qui vivent seules et proportion des familles monoparentales) : Quintile 1 (privilegié) à Quintile 5 (défavorisé).
Hong et collab., 2010	État matrimonial des parents du ménage : 1) Non mariés, 2) Mariés.
Pearce et collab., 2011	État matrimonial des parents du ménage : 1) Famille composée d'un couple, 2) Famille monoparentale.

Description des études

Sept études sont retenues pour cette fiche afin de mieux comprendre la relation entre l'état matrimonial et les traumatismes non intentionnels. Ces études sont réalisées au Canada (n = 3), aux États-Unis (n = 2), en Grande-Bretagne (n = 1) et en Corée du Sud (n = 1). Six études évaluent un ensemble de traumatismes non intentionnels toutes causes confondues; de celles-ci, trois en examinent aussi certains types individuellement. Une autre étude porte uniquement sur les traumatismes non intentionnels causés par les chutes (tableau 54). La section suivante résume les résultats des études traitant d'un agrégat de traumatismes non intentionnels toutes causes confondues. Les résultats au regard de certains types particuliers de traumatismes non intentionnels seront par la suite abordés.

Tableau 54 Description des études répertoriées examinant le lien entre l'état matrimonial et la survenue de traumatismes non intentionnels

AUTEURS	PAYS	POPULATION ÉTUDIÉE	TYPES DE TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS					
								
Bergen et collab., 2016	États-Unis	Adultes de 65 ans et plus					●	
Burrows et collab., 2012 ; 2013	Canada	Adultes de 25 ans et plus	●					
Denney et He, 2014	États-Unis	Adultes de 18 ans et plus	●	●	●	●	●	●
Gagné et Hamel, 2009	Canada (Québec)	Enfants de 14 ans et moins	●	●		●	●	●
Hong et collab., 2010	Corée du Sud	Enfants de 8 ans et moins	●	●	●		●	●
Pearce et collab., 2011	Angleterre	Enfants entre 9 mois et 3 ans	●					

RÉSULTATS PORTANT SUR DES ENSEMBLES DE TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS TOUTES CAUSES CONFONDUES

Quelle est l'association entre les différentes catégories d'état matrimonial ou de composition des ménages et le risque de subir un traumatisme non intentionnel toutes causes confondues ?

Six études examinant les liens entre l'état matrimonial ou la composition des ménages et un ensemble de traumatismes non intentionnels toutes causes confondues ont été répertoriées. La plupart d'entre elles (cinq sur six) montrent qu'il y a une association entre les catégories « divorcé/séparé/famille monoparentale » ou les quartiers avec une plus grande défavorisation sociale et le risque de subir un traumatisme non intentionnel toutes causes confondues. Les taux et les risques de décès ou d'hospitalisations sont moins élevés pour les personnes mariées et celles qui vivent dans un quartier qui est socialement moins défavorisé, ainsi que pour leurs enfants.

Dans deux publications, Burrows et ses collègues ^(8,9) montrent que les décès par traumatismes non intentionnels varient au Canada selon l'état matrimonial, et ce, tant pour les hommes que pour les femmes. Pour les deux sexes, le taux de mortalité par traumatismes non intentionnels est le moins élevé chez les personnes mariées et le plus élevé chez les personnes séparées, divorcées ou veuves (tableau 55).

FICHE
6
INDICATEURS INDIVIDUELS

Tableau 55 Association entre l'état matrimonial et les taux de décès par traumatismes non intentionnels chez les adultes canadiens, 1991-2001

CATÉGORIES D'ÉTAT MATRIMONIAL	TAUX DE DÉCÈS PAR 100 000 HABITANTS*	
	Hommes	Femmes
Séparé/divorcé/veuf	70,4	30,9
Jamais marié	67,1	31,4
Conjoint de fait	50,7	24,7
Marié légalement	36,7	22,5

* Ajusté en fonction de l'âge.

Source : Burrows et collab., 2012 ⁽⁸⁾; Burrows et collab., 2013 ⁽⁹⁾.

Aux États-Unis, dans une étude menée sur les décès d'adultes, Denney et He ⁽¹¹⁾ montrent aussi que la mortalité par traumatismes non intentionnels varie selon l'état matrimonial. Cette étude ne différencie cependant pas la mortalité selon le sexe. Les auteurs montrent que les personnes divorcées ou séparées, veuves et jamais mariées sont plus à risque de décéder d'un traumatisme non intentionnel comparativement aux personnes mariées (tableau 56).

Tableau 56 Association entre l'état matrimonial et les risques de décès par traumatismes non intentionnels chez les adultes étatsuniens, 1986-2006

CATÉGORIES D'ÉTAT MATRIMONIAL	RISQUES (HR) DE DÉCÈS
Marié	1
Divorcé ou séparé	1,68*
Veuf	1,35*
Jamais marié	1,30*

* Résultats significatifs ($p < 0,01$).

Source : Denney et He, 2014 ⁽¹¹⁾.

Gagné et Hamel ⁽¹⁵⁾ montrent que chez les enfants québécois de 14 ans et moins, le taux et le risque d'hospitalisation attribuables aux traumatismes non intentionnels toutes causes confondues augmentent lorsque la défavorisation sociale augmente. Lorsqu'il s'agit de traumatismes non sévères, le risque est plus élevé pour les enfants des quintiles 3 à 5, le cinquième quintile étant le plus défavorisé. Lorsqu'il s'agit de traumatismes sévères^{xvii}, le risque est plus élevé pour les enfants des quintiles 2 à 5. Autrement dit, au Québec, plus un enfant vit dans un quartier socialement défavorisé, plus il a de risque d'être hospitalisé pour un traumatisme non intentionnel (tableau 57).

xvii. L'identification d'un traumatisme sévère inclut au minimum l'une des caractéristiques suivantes : hospitalisation de trois jours et plus, admission en soin intensif ou décès lors de l'hospitalisation.

Tableau 57 Association entre la défavorisation sociale et les taux/risques d'hospitalisations attribuables aux traumatismes non intentionnels chez les enfants québécois âgés de 14 ans et moins, 2000-2004

QUINTILES DE DÉFAVORISATION SOCIALE	HOSPITALISATIONS ATTRIBUABLES À L'ENSEMBLE DES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS		HOSPITALISATIONS ATTRIBUABLES UNIQUEMENT AUX TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS SÉVÈRES	
	Taux par 100 000 enfants**	Risques (RR) (IC)	Taux par 100 000 enfants**	Risques (RR) (IC)
Quintile 1 (privilegié)	366,9	1	83,8	1
Quintile 2	374,1	1,02 (0,98–1,06)	90,5	1,08* (1,00–1,17)
Quintile 3	390,3	1,06* (1,02–1,11)	100,8	1,20* (1,11–1,30)
Quintile 4	398,4	1,09* (1,04–1,13)	102,9	1,23* (1,13–1,33)
Quintile 5 (défavorisé)	401,3	1,09* (1,05–1,14)	104,2	1,24* (1,14–1,36)

* Résultats significatifs.

** Ajusté pour l'autre dimension de l'indice (défavorisation matérielle), l'âge, le sexe et la zone de résidence.

Source : Gagné et Hamel, 2009⁽¹⁵⁾.

Dans une étude conduite en Corée du Sud, Hong et ses collaborateurs⁽¹⁴⁾ s'intéressent au lien entre l'état matrimonial des parents et la mortalité infantile attribuable aux traumatismes non intentionnels. Dans l'ensemble, les auteurs remarquent peu de variation entre les enfants des parents mariés ou non, la seule différence étant lorsqu'ils regardent ces traumatismes par groupe d'âge. Les enfants âgés de 1 à 4 ans dont les parents ne sont pas mariés sont, selon cette étude, protégés contre les décès par traumatismes non intentionnels (HR = 0,54) lorsque comparés aux enfants du même âge dont les parents sont mariés.

Dans une étude menée en Angleterre chez les enfants âgés de 9 mois à 3 ans, les résultats montrent que ceux issus d'un ménage monoparental sont plus à risque (RR = 1,23) de visiter une clinique ou un hôpital à la suite d'un traumatisme non intentionnel que les enfants dont le ménage est composé d'un couple⁽³¹⁾.



RÉSULTATS PORTANT SUR LES TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS SELON UNE CAUSE PARTICULIÈRE

Traumatismes routiers

Quelle est l'association entre les différentes catégories d'état matrimonial ou de composition des ménages et le risque de subir un traumatisme routier ?

.....

Trois études examinant les liens entre l'état matrimonial ou la composition des ménages et les traumatismes routiers ont été répertoriées. La plupart d'entre elles (deux sur trois) montrent qu'il y a une association entre les catégories « divorcés/séparés » ou les quartiers avec une plus grande défavorisation sociale et le risque de subir un traumatisme routier. Les risques de décès ou d'hospitalisation sont plus élevés pour ces personnes et leurs enfants.

.....

Aux États-Unis, dans une étude menée sur les décès d'adultes, Denney et He⁽¹¹⁾ observent que les personnes divorcées ou séparées sont plus à risque de décéder d'un traumatisme routier comparativement aux personnes mariées (tableau 58).

Tableau 58 Association entre l'état matrimonial et le risque de décès par traumatismes routiers chez les adultes étatsuniens, 1986-2006

CATÉGORIES D'ÉTAT MATRIMONIAL	RISQUES (HR) DE DÉCÈS
Marié	1
Divorcé ou séparé	1,45*
Veuf	1,13
Jamais marié	1,12

* Résultats significatifs ($p < 0,01$).

Source : Denney et He, 2014⁽¹¹⁾.

Gagné et Hamel⁽¹⁵⁾ montrent que chez les enfants québécois de 14 ans et moins, le risque d'hospitalisation attribuable à certaines catégories de traumatismes routiers augmente lorsque la défavorisation sociale augmente. Les auteurs constatent que les enfants passagers ou piétons des quintiles 3 à 5 sont plus à risque d'être hospitalisés en raison d'un traumatisme routier que les enfants qui vivent dans un quartier associé au quintile 1, le plus socialement favorisé. Lorsqu'il s'agit de traumatismes sévères^{xviii}, seuls les enfants piétons des quintiles 4 et 5 sont plus à risque d'être hospitalisés à la suite d'un traumatisme routier comparativement aux enfants du quintile 1 (tableau 59).

Tableau 59 Associations entre la défavorisation sociale et les risques d'hospitalisations liées aux traumatismes routiers chez les enfants québécois âgés de 14 ans et moins, 2000-2004

QUINTILES DE DÉFAVORISATION SOCIALE	RISQUES (RR) D'HOSPITALISATION LIÉS À L'ENSEMBLE DES TRAUMATISMES ROUTIERS (IC)			RISQUES (RR) D'HOSPITALISATION LIÉS AUX TRAUMATISMES ROUTIERS SÉVÈRES (IC)		
	Enfants passagers	Enfants piétons	Enfants cyclistes	Enfants passagers	Enfants piétons	Enfants cyclistes
Quintile 1 (privilegié)	1	1	1	1	1	1
Quintile 2	0,96 (0,77–1,20)	1,01 (0,76–1,36)	0,96 (0,84–1,10)	0,77 (0,55–1,09)	0,83 (0,55–1,24)	0,99 (0,67–1,24)
Quintile 3	1,43* (1,08–1,89)	1,39* (1,05–1,84)	1,05 (0,92–1,20)	1,32 (0,96–1,80)	1,34 (0,93–1,94)	1,21 (0,99–1,78)
Quintile 4	1,10 (0,87–1,39)	1,53* (1,16–2,03)	1,07 (0,93–1,23)	0,79 (0,54–1,16)	1,53* (1,07–2,21)	1,02 (0,97–1,76)
Quintile 5 (défavorisé)	1,32* (1,03–1,69)	2,36* (1,81–3,08)	1,07 (0,92–1,25)	1,13 (0,76–1,68)	1,89* (1,32–2,72)	1,02 (0,76–1,36)

* Résultats significatifs.

Source : Gagné et Hamel, 2009⁽¹⁵⁾.

L'étude de Hong et de ses collègues⁽¹⁴⁾ portant sur les décès chez les enfants ne montre, quant à elle, pas de variation par rapport au risque de décéder suite à un traumatisme routier selon l'état matrimonial des parents.

xviii. L'identification d'un traumatisme sévère inclut au minimum l'une des caractéristiques suivantes : hospitalisation de trois jours et plus, admission en soin intensif ou décès lors de l'hospitalisation.

Noyades

Quelle est l'association entre les différentes catégories d'état matrimonial ou de composition des ménages et le risque de subir une noyade ?

Seulement deux études examinant les liens entre l'état matrimonial ou la composition des ménages et les noyades ont été répertoriées. Elles sont partagées quant à l'association entre le risque de subir une noyade et les catégories « divorcé/séparé/famille monoparentale » et dans les quartiers avec une plus grande défavorisation sociale. Une d'entre elles identifie une association avec un risque de décès par noyade plus élevé pour ces personnes.

Aux États-Unis, dans une étude menée sur les décès d'adultes, Denney et He⁽¹¹⁾ montrent que les personnes divorcées ou séparées ou veuves sont plus à risque de décéder par noyade que les personnes mariées (tableau 60).

Tableau 60 Association entre l'état matrimonial et les risques de décès par noyade chez les adultes étatsuniens, 1986-2006

CATÉGORIES D'ÉTAT MATRIMONIAL	RISQUES (HR) DE DÉCÈS
Marié	1
Divorcé ou séparé	2,13*
Veuf	2,35**
Jamais marié	0,91

* Résultats significatifs ($p < 0,01$).

** Résultats significatifs ($p < 0,05$).

Source : Denney et He, 2014⁽¹¹⁾.

L'étude de Hong et de ses collègues⁽¹⁴⁾ portant sur les décès chez les enfants ne montre pas de variation selon l'état matrimonial des parents.

Intoxications involontaires

Quelle est l'association entre les différentes catégories d'état matrimonial ou de composition des ménages et le risque de subir une intoxication involontaire ?

Seulement deux études examinant les liens entre l'état matrimonial ou la composition des ménages et intoxications involontaires ont été répertoriées. Les deux montrent une association entre le risque de subir une intoxication involontaire et les catégories « divorcé/séparé/famille monoparentale » et les quartiers où il y a une plus grande défavorisation sociale. Les deux études identifient une association entre un risque de décès ou d'hospitalisation plus élevé pour les personnes de ces catégories et leurs enfants.

FICHE

6

INDICATEURS INDIVIDUELS

Dans une étude étatsunienne menée sur les décès d'adultes, Denney et He⁽¹¹⁾ observent que les personnes divorcées ou séparées et jamais mariées sont plus à risque de décéder d'une intoxication involontaire que les personnes mariées (tableau 61).

Tableau 61 Association entre l'état matrimonial et les risques de décès par intoxication involontaire chez les Étatsuniens, 1986-2006

CATÉGORIES D'ÉTAT MATRIMONIAL	RISQUES (HR) DE DÉCÈS
Marié	1
Divorcé ou séparé	2,72*
Veuf	1,31
Jamais marié	2,25*

* Résultats significatifs ($p < 0,01$).

Source : Denney et He, 2014⁽¹¹⁾.

Au Québec, Gagné et Hamel⁽¹⁵⁾ montrent que les enfants de 14 ans et moins des quartiers associés aux deux quintiles les plus défavorisés socialement sont plus à risque d'être hospitalisés pour une intoxication involontaire. Lorsqu'il s'agit d'intoxication involontaire sévère^{xix}, le risque est plus élevé pour les enfants des quintiles 3 à 5 (tableau 62).

Tableau 62 Association entre la défavorisation sociale et les taux/risques d'hospitalisations causées par intoxications involontaires chez les enfants québécois âgés de 14 ans et moins, 2000-2004

QUINTILES DE DÉFAVORISATION SOCIALE	ENSEMBLE DES HOSPITALISATIONS CAUSÉES PAR INTOXICATIONS INVOLONTAIRES		HOSPITALISATIONS CAUSÉES PAR INTOXICATIONS INVOLONTAIRES SÉVÈRES	
	Taux par 100 000 enfants**	Risques (RR) (IC)	Taux par 100 000 enfants**	Risques (RR) (IC)
Quintile 1 (privilegié)	16,7	1	2,2	1
Quintile 2	19,0	1,14 (0,96–1,35)	3,2	1,47 (0,94–2,30)
Quintile 3	19,3	1,15 (0,97–1,37)	4,4	2,03* (1,32–3,12)
Quintile 4	25,0	1,49* (1,26–1,78)	4,8	2,19* (1,42–3,39)
Quintile 5 (défavorisé)	27,9	1,66* (1,39–2,00)	7,1	3,22* (2,10–4,94)

* Résultats significatifs.

** Ajusté pour l'autre dimension de l'indice (défavorisation matérielle), l'âge, le sexe et la zone de résidence.

Source : Gagné et Hamel, 2009⁽¹⁵⁾.

xix. L'identification d'un traumatisme sévère inclut au minimum l'une des caractéristiques suivantes : hospitalisation de trois jours et plus, admission en soin intensif ou décès lors de l'hospitalisation.

Traumatismes attribuables aux chutes

Quelle est l'association entre les différentes catégories d'état matrimonial ou de composition des ménages et le risque de subir un traumatisme associé aux chutes ?

Quatre études examinant les liens entre l'état matrimonial ou la composition des ménages et les traumatismes attribuables aux chutes ont été répertoriées. La plupart d'entre elles (trois sur quatre) montrent qu'il y a une association entre la défavorisation sociale ou le fait de ne pas être marié et le risque de subir un traumatisme attribuable à une chute. Le taux ou le risque de décès ou d'hospitalisation est plus élevé pour ces personnes et leurs enfants.

Aux États-Unis, chez les adultes, Denney et He⁽¹¹⁾ observent que comparés aux personnes mariées, les personnes divorcées ou séparées, veuves ou jamais mariées sont toutes plus à risque de décéder d'un traumatisme attribuable à une chute (tableau 63).

Tableau 63 Association entre l'état matrimonial et les risques de décès par chute chez les adultes étatsuniens, 1986-2006

CATÉGORIES D'ÉTAT MATRIMONIAL	RISQUES (HR) DE DÉCÈS
Marié	1
Divorcé ou séparé	1,51*
Veuf	1,32*
Jamais marié	1,53*

* Résultats significatifs ($p < 0,01$).
Source : Denney et He, 2014⁽¹¹⁾.

Une étude étatsunienne établit que les taux de traumatismes à la suite d'une chute chez les personnes âgées de 65 ans et plus varient selon l'état matrimonial : il est de 140/1 000 pour les personnes mariées, de 209/1 000 pour les personnes divorcées, de 182/1 000 pour les personnes veuves, de 275/1 000 pour les personnes séparées, de 177/1 000 pour les personnes jamais mariées, et de 291/1 000 pour les personnes membres d'un couple non marié⁽³⁰⁾.

Au Québec, l'étude de Gagné et Hamel⁽¹⁵⁾ portant sur les traumatismes non intentionnels et les traumatismes non intentionnels sévères chez les enfants de 14 ans et moins remarque que les enfants des quartiers associés aux trois quintiles les plus socialement défavorisés sont plus à risque de traumatismes sévères liés aux chutes (RR = 1,16 à 1,25). L'étude de Hong et de ses collègues⁽¹⁴⁾ portant sur les décès chez les enfants ne montre, quant à elle, pas de variation selon l'état matrimonial des parents.

FICHE

6

INDICATEURS INDIVIDUELS

Traumatismes associés au feu, aux brûlures ou à la fumée

Quelle est l'association entre les différentes catégories d'état matrimonial ou de composition des ménages et le risque de subir un traumatisme associé au feu, aux brûlures ou à la fumée ?

.....

Trois études examinant les liens entre l'état matrimonial ou la composition des ménages et les traumatismes associés au feu, aux brûlures ou à la fumée ont été répertoriées. La plupart d'entre elles (deux sur trois) montrent qu'il y a une association entre la défavorisation sociale ou le fait de ne pas être marié et le risque de subir un traumatisme associé au feu, aux brûlures ou à la fumée. Le taux ou le risque de décès ou d'hospitalisation est plus élevé pour ces personnes et leurs enfants.

.....

Dans une étude étatsunienne portant sur les adultes, Denney et He⁽¹¹⁾ montrent que, comparativement aux personnes mariées, les personnes divorcées ou et veuves sont plus à risque de décéder d'un traumatisme lié au feu ou à la fumée (tableau 64).

Tableau 64 Association entre l'état matrimonial et les risques de décès par traumatismes liés au feu ou à la fumée chez les Étatsuniens, 1986-2006

CATÉGORIES D'ÉTAT MATRIMONIAL	RISQUES (HR) DE DÉCÈS
Marié	1
Divorcé ou séparé	2,04*
Veuf	1,61**
Jamais marié	1,60

* Résultats significatifs ($p < 0,01$).

** Résultats significatifs ($p < 0,05$).

Source : Denney et He, 2014⁽¹¹⁾.

Dans une étude portant sur les enfants québécois de 14 et moins, Gagné et Hamel⁽¹⁵⁾ montrent que ceux issus des quartiers associés aux trois quintiles les plus défavorisés socialement sont plus à risque d'être hospitalisés à la suite d'un traumatisme (sévère ou non) causé par le feu et les brûlures (tableau 65).

Tableau 65 Association entre la défavorisation sociale et les taux/risques d'hospitalisations causées par le feu et les brûlures chez les enfants québécois âgés de 14 ans et moins, 2000-2004

QUINTILES DE DÉFAVORISATION SOCIALE	ENSEMBLE DES HOSPITALISATIONS CAUSÉES PAR LE FEU ET LES BRÛLURES		HOSPITALISATIONS CAUSÉES PAR LE FEU ET LES BRÛLURES SÉVÈRES	
	Taux par 100 000 enfants**	Risques (RR) (IC)	Taux par 100 000 enfants**	Risques (RR) (IC)
Quintile 1 (privilegié)	6,5	1	3,9	1
Quintile 2	7,1	1,09 (0,83–1,45)	5,1	1,31 (0,93–1,85)
Quintile 3	9,2	1,42* (1,08–1,86)	5,7	1,49* (1,05–2,10)
Quintile 4	10,3	1,59* (1,21–2,08)	7,4	1,92* (1,37–2,69)
Quintile 5 (défavorisé)	9,7	1,50* (1,12–2,01)	6,3	1,64* (1,13–2,37)

* Résultats significatifs.

** Ajusté pour l'autre dimension de l'indice (défavorisation matérielle), l'âge, le sexe et la zone de résidence.

Source : Gagné et Hamel, 2009⁽¹⁵⁾.

L'étude de Hong et de ses collègues⁽¹⁴⁾ portant sur les décès chez les enfants n'observe pas de variation selon l'état matrimonial des parents.

FICHE

6

INDICATEURS INDIVIDUELS

CONCLUSION

Ce volume avait pour but de proposer et de présenter des indicateurs permettant de mesurer la vulnérabilité d'un territoire et de la population face aux traumatismes non intentionnels. Les six indicateurs examinés à l'aide de la documentation scientifique disponible ont permis de mieux identifier les caractéristiques socioéconomiques et démographiques qui peuvent avoir une influence sur la sécurité d'un milieu et de sa population au regard des traumatismes non intentionnels. L'analyse des études retenues a non seulement permis de mettre en lumière la relation entre chaque indicateur et un ensemble de traumatismes non intentionnels toutes causes confondues, mais aussi de décrire l'association entre chacun de ces indicateurs et cinq types de traumatismes non intentionnels selon une cause spécifique.

En offrant la possibilité d'apprécier l'association entre certaines caractéristiques socioéconomiques et démographiques et différents types de traumatismes non intentionnels, ce volume relève les facteurs de vulnérabilité pouvant nécessiter une attention particulière afin d'améliorer la sécurité d'une communauté et de sa population au regard des traumatismes non intentionnels. Dans le cadre de la réalisation de la démarche de planification des actions visant l'amélioration de la sécurité d'un milieu ou d'une communauté proposée dans cette collection, les indicateurs documentés dans ce volume seront utiles pour déterminer les caractéristiques sociales et physiques pouvant influencer la sécurité d'une communauté donnée au regard des traumatismes non intentionnels au moment de la réalisation du portrait du milieu^{xx}.

xx. La manière de procéder pour faire ressortir les caractéristiques sociales et physiques pouvant influencer la sécurité d'une communauté est décrite dans le document *Guide de réalisation du portrait du milieu* pouvant être consulté sur le site Web de l'INSPQ à l'adresse suivante : <https://www.inspq.qc.ca>.

RÉFÉRENCES

- (1) MAURICE, P., LAVOIE, M., LEVAQUE, R., CHAPDELAIN, A., BÉLANGER-BONNEAU, H., SVANSTRÖM, L., LAFLAMME, L., ANDERSON, R. et ROMER, C. (1998). *Sécurité et promotion de la sécurité : aspects conceptuels et opérationnels*, Québec, Centre collaborateur OMS du Québec pour la promotion de la sécurité et la prévention des traumatismes.
- (2) HADDON, W. (1980). «Conference on the prevention of motor vehicle crash injury, proceedings», *Israel Journal of Medical Science*, vol. 16, n° 1, p. 45-68.
- (3) HADDON, W. et S. P. BAKER (1981). «Injury Control», dans D. Clark et B. MacMahon (dir.), *Preventive and Community Medicine*, Little, p. 109-140.
- (4) VAN BEECK, E. F., C. M. BRANCHE, D. SZPILMAN, J. H. MODELL et J. J. L. M. BIERENS (2005). «A New Definition of Drowning: Towards Documentation and Prevention of a Global Public Health Problem», *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 83, n° 11, p. 853-856.
- (5) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ «Les chutes», <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/falls> (consulté le 14 juillet 2020).
- (6) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ «Brûlures», <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/burns> (consulté le 14 juillet 2020).
- (7) SOCIÉTÉ SUISSE DES MÉDECINS-CONSEILS ET MÉDECINS D'ASSURANCES «SSMC – Glossaire des notions primordiales pour les études oncologiques», <https://www.medecins-conseils.ch/expertcom/olunoncology/glossar.html> (consulté le 9 juillet 2020).
- (8) BURROWS, S., N. AUGER, P. GAMACHE et D. HAMEL (2012). «Individual and Area Socioeconomic Inequalities in Cause-specific Unintentional Injury Mortality: 11-Year Follow-up Study of 2.7 Million Canadians», *Accident Analysis and Prevention*, vol. 45, p. 99-106.
- (9) BURROWS, S., N. AUGER, P. GAMACHE et D. HAMEL (2013). «Leading Causes of Unintentional Injury and Suicide Mortality in Canadian Adults Across the Urban-Rural Continuum», *Public Health Reports*, vol. 128, n° 6, p. 443-453.
- (10) KARB, R. A., S. V. SUBRAMANIAN et E. W. FLEEGLER (4 mai 2016). «County Poverty Concentration and Disparities in Unintentional Injury Deaths: A Fourteen-Year Analysis of 1.6 Million U.S. Fatalities.», *Plos One*, vol. 11, n° 5, p. e0153516-e0153516.
- (11) DENNEY, J. T. et M. HE (2014). «The Social Side of Accidental Death», *Social Science Research*, vol. 43, p. 92-107.
- (12) COBEN, J. H., H. M. TIESMAN, R. M. BOSSARTE et P. M. FURBEE (2009). «Rural–Urban Differences in Injury Hospitalizations in the U.S., 2004», *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 36, n° 1, p. 49-55.
- (13) MITCHELL, R. J. et S. CHONG (2010). «Comparison of Injury-Related Hospitalised Morbidity and Mortality in Urban and Rural Areas in Australia», *Rural and Remote Health*, vol. 10, n° 1326, p. 1-10.

- (14) HONG, J., B. LEE, E. H. HA et H. PARK (2010). « Parental Socioeconomic Status and Unintentional Injury Deaths in Early Childhood : Consideration of Injury Mechanisms, Age at Death, and Gender », *Accident Analysis and Prevention*, vol. 42, n° 1, p. 313-319.
- (15) GAGNE, M. et D. HAMEL (2009). « Deprivation and Unintentional Injury Hospitalization in Québec Children », *Chronic Diseases in Canada*, vol. 29, n° 2, p. 56-69.
- (16) WURSTER OVALLE, V., W. J. POMERANTZ, B. L. ANDERSON et M. A. GITTELMAN (2016). « Severe Unintentional Injuries Sustained by Ohio Children : Is there Urban/Rural variation ? », *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, vol. 81, n° 4 Suppl 1, p. S14-S19.
- (17) CHANG, S. S. M., R. C. A. SYMONS et J. OZANNE-SMITH (2018). « Child Road Traffic Injury Mortality in Victoria, Australia (0–14 years), the Need for Targeted Action », *Injury*, vol. 49, n° 3, p. 604-612.
- (18) EDWARDS, P., J. GREEN, K. LACHOWYCZ, C. GRUNDY et I. ROBERTS (2008). « Serious Injuries in Children : Variation by Area Deprivation and Settlement Type », *Archives of Disease in Childhood*, vol. 93, n° 6, p. 485-489.
- (19) CLEMENS, T., H. TAMIM, M. ROTONDI et A. K. MACPHERSON (2016). « A Population Based Study of Drowning in Canada », *BMC Public Health*, vol. 16, n° 1, p. 559.
- (20) FRALICK, M., Z. R. GALLINGER et S. W. HWANG (2013). « Differences in Drowning Rates between Rural and Non-Rural Residents of Ontario, Canada », *International Journal of Aquatic Research and Education*, [en ligne], vol. 7, n° 4, <https://doi.org/10.25035/ijare.07.04.06>.
- (21) KO, Y., H. J. KIM, E. S. CHA, J. KIM et W. J. LEE (2012). « Emergency Department Visits Due to Pesticide Poisoning in South Korea, 2006-2009 », *Clinical Toxicology*, vol. 50, n° 2, p. 114-119.
- (22) IQBAL, S., H.-Z. LAW, J. H. CLOWER, F. Y. YIP et A. ELIXHAUSER (2012). « Hospital Burden of Unintentional Carbon Monoxide Poisoning in the United States, 2007 », *The American Journal of Emergency Medicine*, vol. 30, n° 5, p. 657-664.
- (23) LAWSON, F., N. SCHURMAN, O. AMRAM et A. B. NATHENS (2015). « A Geospatial Analysis of the Relationship between Neighbourhood Socioeconomic Status and Adult Severe Injury in Greater Vancouver », *Injury Prevention*, vol. 21, n° 4, p. 260-265.
- (24) KIRKWOOD, G., T. C. HUGHES et A. M. POLLOCK (2017). « Unintentional Injury in England : An Analysis of the Emergency Care Data Set Pilot in Oxfordshire from 2012 to 2014 », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 71, n° 3, p. 289-295.
- (25) OLIVER, L. N. et D. E. KOHEN (2010). « Neighbourhood Variation in Hospitalization for Unintentional Injury Among Children and Teenagers », *Health Reports*, vol. 21, n° 4, p. 9-17.
- (26) TYRRELL, E. G., E. ORTON et L. J. TATA (2016a). « Changes in Poisonings among Adolescents in the UK between 1992 and 2012 : A Population Based Cohort Study », *Injury Prevention*, vol. 22, n° 6, p. 400-406.
- (27) TYRRELL, E. G., E. ORTON, K. SAYAL, R. BAKER et D. KENDRICK (2016b). « Differing Patterns in Intentional and Unintentional Poisonings among Young People in England, 1998–2014 : A Population-based Cohort Study », *Journal of Public Health*.

- (28) MBELEDOGU, C. N. A., E. V. CECIL, C. MILLETT et S. SAXENA (2015). «Hospital Admissions for Unintentional Poisoning in Preschool Children in England; 2000-2011», *Archives of Disease in Childhood*, vol. 100, n° 2, p. 180-182.
- (29) VERAS, Y., M. L. ROGERS, R. SMEGO, M. R. ZONFRILLO, M. J. MELLO et P. M. VIVIER (2018). «Neighborhood Risk Factors for Pediatric Fall-Related Injuries : A Retrospective Analysis of a Statewide Hospital Network.», *Academic Pediatrics*.
- (30) BERGEN, G., M. R. STEVENS et E. R. BURNS (2016). «Falls and Fall Injuries Among Adults Aged ≥ 65 Years – United States, 2014», *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 65, n° 37, p. 993-998.
- (31) PEARCE, A., L. LI, J. ABBAS, B. FERGUSON, H. GRAHAM et C. LAW (2012). «Does the Home Environment Influence Inequalities in Unintentional injury in early childhood? Findings from the UK Millennium Cohort Study», *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 66, n° 2, p. 181-188.
- (32) REMES, H. et P. MARTIKAINEN (2015). «Young Adult's Own and Parental Social Characteristics Predict Injury Morbidity : A Register-based Follow-up of 135 000 Men and Women», *BMC Public Health*, vol. 15, n° 1, p. 1-16.
- (33) LEE, H. A., H. HAN, S. LEE, B. PARK, B. H. PARK, W. K. LEE, J. O. PARK, S. HONG, Y. T. KIM et H. PARK (2018). «The Effect of Contextual Factors on Unintentional Injury Hospitalization : From the Korea National Hospital Discharge Survey», *BMC Public Health*, vol. 18, n° 1, p. 349-357.

ANNEXE 1

Bases de données et mots clés utilisés



Une recherche documentaire a été réalisée dans les bases de données *Medline*, *Environment complete*, *Psyinfo*, *Public affairs index*, *Socindex*, *Cinahl*, *Health policy reference center* dans la plateforme EBSCO Host afin de repérer des études publiées entre 2008 et 2018. Le tableau ci-dessous présente les mots clés utilisés.

Tableau 66 Mots clés utilisés lors de la recherche documentaire

S1	<i>TI(social* OR sociopsycholog* OR socio-psycholog* OR socioeconomic* OR socio-economic* OR economic* OR demographic* OR ethnic* OR immigrant* OR "first nation*" OR income* OR remuneration OR (living N1 standard*) OR inequality* OR poverty OR education OR age* OR neighborhood OR neighbourhood OR community OR communities OR rural OR urban OR ((residential OR living) N2 area)) OR AB(social* OR sociopsycholog* OR socio-psycholog* OR socioeconomic* OR socio-economic* OR economic* OR demographic* OR ethnic* OR immigrant* OR "first nation*" OR income* OR remuneration OR (living N1 standard*) OR inequality* OR poverty OR education OR age* OR neighborhood OR neighbourhood OR community OR communities OR rural OR urban OR ((residential OR living) N2 area))</i>
S2	<i>MH(Ethnic Groups OR Social Class OR Socioeconomic Factors OR Economic Status OR Social Class OR Poverty OR Poverty Areas OR Educational Status OR Age Groups OR Residence Characteristics OR Emigrants and Immigrants)</i>
S3	<i>TI((injur* OR death* OR mortalit* OR fatalit* OR trauma* OR hospitali* OR burn* OR cut* OR poison* OR fall* OR fracture* OR crash* OR traffic OR accident* OR wound*) N3 uninten*) OR AB((injur* OR death* OR mortalit* OR fatalit* OR trauma* OR hospitali* OR burn* OR cut* OR poison* OR fall* OR fracture* OR crash* OR traffic OR accident* OR wound*) N3 uninten*)</i>
S4	<i>(S1 OR S2) AND S3</i>

ANNEXE 2

Outils et codes utilisés pour classier les traumatismes non intentionnels



Tableau 67 Outils et codes utilisés dans chaque étude pour classer les traumatismes non intentionnels selon leurs causes

AUTEURS						
Bergen et collab., 2016					Les données proviennent d'une enquête téléphonique aléatoire et sont classées selon une méthode non spécifiée.	
Burrows et collab., 2012 ; 2013	CIM-9* : E800–E869, E880–E929 CIM-10** : V01–X59, Y85–Y86	CIM-9 : E810–E825, E929.0 CIM-10 : V02–V04, V09.0, V09.2, V12–V14, V19.0–V19.2, V19.4–V19.6, V20–V79, V80.3–V80.5, V81.0–V81.1, V82.0–V82.1, V83–V86, V87.0–V87.8, V88.0–V88.8, V89.0, V89.2, Y85.0	CIM-9 : E830, E832, E910 CIM-10 : V90, V92, W65–W74	CIM-9 : E850–E869 CIM-10 : X40 — X49	CIM-9 : E880–E888 CIM-10 : W00–W19, X59	CIM-9 : E890–E899, E924 CIM-10 : X00 — X19
Chang et collab., 2018		CIM-10 : les codes utilisés ne sont pas spécifiés.				
Clemens et collab., 2016			Les données proviennent du <i>Drowning Prevention Research Centre</i> et sont classées selon une méthode non spécifiée.			
Coben et collab., 2009	CIM-9-CM (<i>Clinical modification</i>) : 800–909.2; 909,4; 909,9; 910 –994,9; 995.5–995,59; 995.80 –995,85					

Tableau 67 Outils et codes utilisés dans chaque étude pour classer les traumatismes non intentionnels selon leurs causes (suite)

AUTEURS						
Denney et collab., 2014		CIM-10 : V02–V04, V09.0, V09.2, V12–V14, V19.0–V19.2, V19.4–V19.6, V20–V79, V80.3–V80.5, V81.0–V81.1, V82.0–V82.1, V83–V86, V87.0–V87.8, V88.0–V88.8, V89.0, V89.2	CIM-10 : W65–W74	CIM-10 : X40 — X49	CIM-10 : W00–W19	CIM-10 : X00 — X09
Edwards et collab., 2008		CIM-10 : V01–V99 Piétons : V01–V09 Cyclistes : V10–V19 Occupants : V40–V49 Motocyclistes : V20–V29 Autres traumatismes attribuables aux transports : V30–V39, V50–V99			CIM-10 : W00–W19	
Fralick et collab., 2013			Les données proviennent du <i>Office of the Chief Coroner</i> et sont classées selon une méthode non spécifiée.			
Gagné et Hamel, 2009	CIM-9 : E800–E949	CIM-9 : Occupants : E810–E819; .0, .1 et .9 Cyclistes : E810–E819; .6 et E826.1 Piétons : E810–E819; .7		CIM-9 : E850–E869	CIM-9 : E880–E888	CIM-9 : E890–E899 et E924
Hong et collab., 2010		CIM-10 : V01–V99	CIM-10 : W65–W74		CIM-10 : W00–W19	CIM-10 : X00 — X19

Tableau 67 Outils et codes utilisés dans chaque étude pour classer les traumatismes non intentionnels selon leurs causes (suite)

AUTEURS						
Iqbal et collab., 2012				CIM-9-CM (<i>Clinical modification</i>) : E849		
Karb et collab., 2016	Les données proviennent du <i>National Center for Health Statistics</i> et sont codées avec la CIM-10 (les codes utilisés ne sont pas spécifiés).					
Kirkwood et collab., 2017	CIM-10 : Les codes utilisés ne sont pas spécifiés.					
Ko et collab., 2012				CIM-10 : T60.0–T60.9		
Lawson et collab., 2015	Les données sur les traumatismes sont classées selon l'Indice de gravité de traumatisme*** et les traumatismes sont considérés comme sévères lorsque l'indice de gravité est supérieur à 12.					
Lee et collab., 2018		CIM-10 : V01-V99	CIM-10 : W65-W74	CIM-10 : X20-X29, X40-X49	CIM-10 : W00-W19	CIM-10 : X00-X19, X32
Mbeledogu et collab., 2015				CIM-10 : T36–T70 et T65		
Mitchell et Chong, 2010	CIM-10-AM (<i>Australian Modified</i>) : S00–T98 et V00–Y98					
Oliver et Kohen, 2010	CIM-9 et CIM-10 : les codes utilisés ne sont pas spécifiés.					

Tableau 67 Outils et codes utilisés dans chaque étude pour classer les traumatismes non intentionnels selon leurs causes (suite)

AUTEURS						
Pearce et collab., 2012	Les données proviennent de la <i>Millennium Cohort Study</i> et sont classées en fonction des réponses de mères à qui il a été demandé si leur enfant avait visité un centre de santé, un hôpital ou un médecin généraliste en raison d'un traumatisme non intentionnel.					
Remes et Martikainen, 2015		CIM-10 : V01–V79 (inclus piétons, cyclistes et véhicules routiers)		CIM-10 : T36–T65, X60–X84, Y870 (inclus intoxications intentionnelles)	CIM-10 : W00–W19	
Tyrrell et collab., 2016a				CIM-10 : T36–T65 (exclus : T61, T63–T64)		
Tyrrell et collab., 2016b				CIM-10 : T36–65, X40–49, X60–69, Y10–19 et Y90–91 (inclus intoxications intentionnelles)		
Veras et collab., 2018					CIM-9-CM (<i>Clinical modification</i>) : E880–E888	
Wurster et collab., 2016	CIM-9 : E800–E949 et E980–989					

* La 9^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9) a été adoptée au Canada en 1979 et a été utilisée jusqu'en 1992.

** La 10^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10) est en application depuis le 1^{er} janvier 1993.

*** L'indice de gravité des traumatismes (*Injury Severity Score*) se calcule en tenant compte de nombreux critères et des différentes lésions subies par la victime.

